

検査番号： _____

ICLASモニタリングセンター 遺伝モニタリング依頼書

検査I-1, I-2 遺伝モニタリング (近交系マウス、ラット)

見積書 発注

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()

2. ご依頼者 氏名 _____
所属施設名 _____
所属部署名 _____
所在地:〒 _____
TEL: _____ FAX: _____
e-mail: _____

3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。

4. 検査依頼 新規 継続
(継続の場合のみ) 前回検査番号* _____ *わかる場合のみで結構です。

5. 検体情報 マウス ラット
系統名 _____ ♀ _____ 匹 ♂ _____ 匹

DNA 尾 耳片 その他 _____

個体識別(必要であれば記入)	性別	週齢	世代数
1: _____	_____	_____ W	_____
2: _____	_____	_____ W	_____
3: _____	_____	_____ W	_____
4: _____	_____	_____ W	_____
5: _____	_____	_____ W	_____
6: _____	_____	_____ W	_____

6. 検査内容 SNPマーカーを用いたマウスの遺伝モニタリング検査 (32 SNPs)
 SNPマーカーを用いたマウスの遺伝モニタリング検査 (20 SNPs)
 SNPマーカーを用いたラットの遺伝モニタリング検査 (20 SNPs)

7. ご要望事項