

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 _____ ♀ _____ ♂ _____

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マークを用いたマウスの遺伝モニタリング検査 (32 SNPs)

SNPマークを用いたマウスの遺伝モニタリング検査 (20 SNPs)

SNPマーク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
