

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