

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III-1 : スピードコンジェニック

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. 遺伝背景の置換え

系統(ドナー)から

系統(レシピエント)へ

6. 世代

N2 N3 N4 N5 その他

7. 検体情報

系統名

各検体の名前は別紙「検体一覧表」にご記載ください。

8. 解析匹数 ♀ ____ ♂ ____ 合計 ____ 匹

9. サンプル DNA 尾 耳片 その他

10. 目的遺伝子 Tg KO Mutant その他

11. Reference検体の有無(新規依頼分のみ記載してください)

有

無(弊所保有のデータと比較)

12. ご要望事項

検査番号 :

施設名 :

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

検査番号 :

施設名 :

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

検査番号 :

施設名 :

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			

検査番号 :

施設名 :

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			

検査番号 :

施設名 :

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			