

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Ⅳ-1：STRマーカーを用いたマウス・ラット・コモンマーモセットの遺伝プロファイル作成

☐ 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。

4. 動物種 ☐ マウス ☐ ラット ☐ マーモセット

5. 検体情報と 女 匹 男 匹 合計 匹

検査内容 ☐ DNA ☐ 尾 ☐ 耳片 ☐ その他

検体名

特記事項

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

6: _____

7: _____

8: _____

9: _____

10: _____

6. ご要望事項

公益財団法人実中研 ICLASモニタリングセンター 遺伝検査室

〒210-0821 神奈川県川崎市川崎区殿町3丁目25番12

Tel:044-201-8525 Fax:044-201-8526 e-mail:monigene@ciem.or.jp HP: <https://www.iclasmonic.jp/>