



FIMRe 機関の凍結系統の個体化依頼書

申込日 年 月 日

理化学研究所バイオリソースセンター
実験動物開発室 御中

FIMRe 機関の凍結系統の個体化を下記の通り申し込みます。

利用者情報

担当者氏名	(印)	職名	
所属機関名			
所属部署名			
住所	〒		
連絡先	E-mail :		
	Tel :		Fax :
研究責任者氏名	(印)	職名	
所属機関の区分*	<input type="checkbox"/> 学術研究機関	<input type="checkbox"/> 学術研究機関以外	

* 文部科学省の定める「科学研究費補助金取扱規定」中の「研究機関」の定義に基づく区分となります。ご請求の提供手数料はこの区分に基づいた価格となります。

研究課題名

--

凍結系統の保存先 FIMRe 機関と締結した MTA 記載の研究課題名をご記入ください。

依頼系統情報

系統名 (FIMRe 機関の系統情報)	提供区分	備考
系統名 : _____	<input type="checkbox"/> 凍結胚から個体を作製	
登録番号 : _____	<input type="checkbox"/> 凍結精子から個体を作製	
保存機関 :	<input type="checkbox"/> 変異 ES 細胞からキメラマウスを作製	
系統名 : _____	<input type="checkbox"/> 凍結胚から個体を作製	
登録番号 : _____	<input type="checkbox"/> 凍結精子から個体を作製	
保存機関 :	<input type="checkbox"/> 変異 ES 細胞からキメラマウスを作製	

* 改変遺伝子等の影響により、生存性や免疫状態などへの影響が予想される場合は別途お知らせください。

当該マウスを用いた実験計画の動物実験委員会の承認の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

*動物実験委員会の承認の無いものに関しては、提供依頼をお受けすることができません。

配送先

配送先が利用者情報と異なる場合は下記にご記入ください。

担当者氏名		
配送先住所	〒	
連絡先	E-mail :	
	Tel :	Fax :

請求先 (請求書の送付先が利用者情報と異なる場合は下記にご記入ください)

担当者氏名		
所属機関名		
部署講座名		
住所	〒	
連絡先	E-mail :	
	Tel :	Fax :

微生物検査項目追加希望の有無

希望追加検査項目 (□にチェック願います)

追加検査項目 (希望時のみ検査) :		
<input type="checkbox"/> Hantavirus	<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis carinii</i>	<input type="checkbox"/> Pneumonia virus of mice	<input type="checkbox"/> Pneumonia virus of mice
<input type="checkbox"/> Mouse encephalomyelitis virus	<input type="checkbox"/> Mouse minute virus	<input type="checkbox"/> Mouse adenovirus
<input type="checkbox"/> Mouse rotavirus	<input type="checkbox"/> Mouse cytomegalovirus	<input type="checkbox"/> Lactate dehydrogenase-elevating virus

*通常検査項目は以下の通りです。

<i>Clostridium piliforme</i>	Ectromelia virus	Lymphocytic choriomeningitis virus
Mouse hepatitis virus	<i>Mycoplasma pulmonis</i>	Sendai virus
<i>Salmonella</i> spp.	CAR bacillus	<i>Citrobacter rodentium</i>
<i>Corynebacterium kutscheri</i>	Dermatophytes	<i>Pasteurella pneumotropica</i>
<i>Helicobacter hepaticus</i>	<i>Helicobacter billis</i>	Ectoparasits
Intestinal protozoa	Pinworm	

*微生物検査費用は通常検査、追加検査ともに利用者負担となります。

備考欄

--

必要事項にご記入の上、下記までお送りください。

〒305-0074 茨城県つくば市高野台 3-1-1
 理化学研究所 バイオリソースセンター
 実験動物開発室 提供係
 FAX: 029-836-9010

(理研記載欄)
 (受付日 年 月 日)
 (受付番号 入力 :)
 (依頼者 User No.)