

培地成分分析サービスお申込書

日水製薬株式会社

受付番号：

ご依頼日	年 月 日
貴施設名*	
所属部署*	
ご担当者名*	
ご住所	〒
電話	
E-mail	
報告方法	<input type="checkbox"/> E-mail (PDF等) <input type="checkbox"/> 貴施設へ郵送 (印刷) <input type="checkbox"/> 代理店へ郵送 (印刷物)

*報告書の依頼者欄に記載させていただきます

ご依頼内容(サンプル詳細はサンプルシートにご記入ください)

ご依頼いただくサンプル数	本	
タンパク質情報	サンプルの濃縮の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	サンプル中のタンパク質の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	タンパク質の情報 (種類、濃度等、可能な範囲でご記入ください)	

確認事項

- ①弊社ではBSL2以上に該当する病原体が含まれるサンプルはお取り扱いできません。
- ②ウイルスベクターを用いて遺伝子導入した細胞の場合、
ベクターが残留していないことを確認してから分析をご依頼ください。
- 上記①②に了承のうえ、分析を依頼します。 チェックください

本サービスご利用の目的 (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 代謝の調査	<input type="checkbox"/> 培地組成の改良	<input type="checkbox"/> 学会・論文用データ取得
その他 (右欄にご記入ください)		

試料到着予定日	年 月 日	AM ・ PM
---------	-------	---------

【試料送付先】

〒307-0036
茨城県結城市北南茂呂1075-2
日水製薬株式会社 研究部 受託事業課
TEL: 0296-35-1225
FAX: 0296-35-1579

- ※試料送付前にこの申込書及びサンプルシートを担当営業までお送りください
※試料送付の際にはこの申込書を同封ください(コピーで結構です)
※サンプルは基本的に凍結状態での保存・送付をお願いいたします
※サンプル量は300 μ L以上必要です
※サンプルは配送中に漏れないよう密閉容器に入れてご送付ください。
(配送中の漏れ、破損に関し当社は一切責任を負いません)
※ご依頼された試料は返却いたしません
※お急ぎの場合は希望期日を担当営業にご相談ください

その他ご要望がありましたらご記入ください

例)・報告書グラフのグループ分け

グループ1 サンプルNo.1,2,3

グループ2 サンプルNo.4,5,6