

TaKaRa Custom Services
核酸抽出・精製依頼書
 (見積依頼 発注)

| | | | |
|--|---|-------|-----|
| 1 ご依頼日 | | 年 月 日 | |
| 2 ご依頼者 (必須) | (フリガナ) | | |
| | 氏名 | | |
| | 所属 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | TEL | (内線) | FAX |
| E-mail | | | |
| ※お客様の個人情報はその保護・管理の徹底をはかり、お客様の同意なしに、第三者(業務委託先を除く)に開示することはありません。ただし、法令等にもとづき情報開示を要請された場合など、必要な範囲において情報を開示する場合があります。 ※今後弊社から新製品・キャンペーン・セミナー情報などをお知らせしてもよろしいですか？(必須) e-mailでのご案内の送信: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | | | |
| 3 販売店 (必須) | 会社名 | | 担当者 |
| | 所在地 | 〒 | |
| | TEL | (内線) | FAX |
| 4 解析結果送付先 | <input type="checkbox"/> ご依頼者直送 <input type="checkbox"/> 販売店送付 ※ チェックのない場合は、ご依頼者に直送させていただきます。 | | |
| 5 見積番号 (必須) | (弊社より参考見積書を提出した場合、番号を記載ください。) | | |
| 6 作業内容 (必須) | | | |
| <input type="checkbox"/> ゲノム DNA 抽出 (シーケンス用) <input type="checkbox"/> total RNA 抽出 <input type="checkbox"/> ゲノム DNA 抽出 (PCR 用) <input type="checkbox"/> small RNA を含む total RNA 抽出 <input type="checkbox"/> Exosome 濃縮+RNA 抽出 | | | |
| 7 送付検体数 (必須) | () 検体 | | |
| 8 サンプル種別 (必須) | <input type="checkbox"/> 組織(臨床検体) <input type="checkbox"/> 血液(臨床検体) <input type="checkbox"/> 細胞(臨床検体) <input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 培養細胞 <input type="checkbox"/> FFPE 組織切片 <input type="checkbox"/> 植物 <input type="checkbox"/> 菌体 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 凍結 <input type="checkbox"/> RNA later <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | <ヒトゲノム・遺伝子解析受託サービスについて — ヒト生体試料を提供いただく場合 —> タカラバイオ社「ヒトゲノム・遺伝子解析受託サービスについて」を確認いただき、お客様ご所属施設の倫理委員会等で承認され、匿名化された検体を提供ください。 <input type="checkbox"/> ヒト生体試料の提供にあたり、上記確認のうえ依頼します。←該当する場合は、左の□にチェック(✓)をご記入ください。 | | |
| | <検体受入前の確認事項> 臨床検体の場合: 「臨床検体サンプルに関する情報提供用紙」に必要事項を記載の上、自筆署名または捺印したものをFAXまたは電子メールにてご送付ください。 細菌、真菌、ウイルス、原虫及び寄生虫検体の場合: 「解析生物に関する情報提供用紙」に必要事項を記載の上、自筆署名または捺印したものをFAXまたは電子メールにてご送付ください。 それぞれ提供頂いた情報を確認後、受入可否について御連絡いたします。 | | |

TaKaRa Custom Services
核酸抽出・精製依頼書
 (見積依頼 発注)

| 1 ご依頼日 | | 年 月 日 | |
|---|--------|-----------------|--|
| 2 ご依頼者 | (フリガナ) | | |
| | 氏名 | | |
| | 所属 | | |
| 10 サンプル情報 送付検体数()検体 | | | |
| ※チューブに記載のサンプル名称と依頼書記載のサンプル名称を必ず一致させてください。 ※組織名などのサンプルの由来とサンプル量は適切な核酸抽出方法を選択するために必ずご記入ください。 ※お客様より提供いただいたサンプル・情報および納品物の複製物は別途期限を定めている場合を除き、業務終了後3ヶ月間保管の後、順次廃棄いたします。 ※ご不明な点は空欄のままです。必要に応じて弊社担当者よりご確認のためご連絡させていただきます。 | | | |
| 検体 No | サンプル名称 | サンプルの由来 (組織名など) | サンプル量 (細胞数、血液量、組織重量など) |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 11 その他ご要望事項 | | | |
| 12 検体発送(予定)日 | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 発送 <input type="checkbox"/> 頃予定 |