

TaKaRa Custom Services  
**ゲノム編集細胞作製 依頼書**  
 (  見積依頼  発注 )

1/2

<b>1 ご依頼日</b>		年 月 日		
<b>2 ご依頼者</b>	(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、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				
<b>3 販売店</b>	会社名	担当者		
	所在地	〒		
	TEL	(内線)	FAX	
<b>4 送付先</b>	<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。			
<b>5 見積番号</b>	(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。)			
<b>6 作業内容</b>  ご希望されるステップにチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> ゲノム編集による目的遺伝子ノックアウト細胞株の作製			
	<input type="checkbox"/> ゲノム編集による細胞表面発現遺伝子ノックアウト細胞株の作製			
	<input type="checkbox"/> ゲノム編集による目的遺伝子ノックイン細胞株の作製(点変異)			
	<input type="checkbox"/> ゲノム編集による目的遺伝子ノックイン細胞株の作製(遺伝子挿入)			
	目的変異の詳細についてご選択をお願いします <input type="checkbox"/> ホモ <input type="checkbox"/> ヘテロ			
	標的細胞	種類	<input type="checkbox"/> iPS細胞 <input type="checkbox"/> 細胞株	
		名称		
		生物種	<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット	
	※ 弊社では、ヒトに代表される霊長類由来の組織、細胞、体液等(以下、「臨床検体」という)を用いた受託サービス実施の前に、取り扱い可能な検体であることを確認した上で作業を行っておりますことを、予めご承知くださいますようお願いいたします。臨床検体由来細胞への導入をご要望の際は、ウイルス感染否定試験(HIV、HCV、HBV陰性)の結果をご提ください。			
	<input type="checkbox"/> 標的細胞が臨床検体である場合は左の□にチェック(✓)をご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> <b>sgRNA設計・合成</b> ※ご希望の変異情報に基づきsgRNA配列を設計し、sgRNAを作製します。			
		遺伝子名称		Gene ID
	遺伝子名称		Gene ID	
	遺伝子名称		Gene ID	
	sgRNA作製	個/遺伝子		
<input type="checkbox"/> <b>目的遺伝子挿入用ドナープラスミドDNAまたはssOligo DNA設計・合成</b>				
	ドナーDNAの設計・調製	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 100 μg <input type="checkbox"/> 200 μg <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無 ※通常、100 μgのプラスミドDNAを使用します。		
	ssOligo DNA設計・調製	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

TaKaRa Custom Services  
**ゲノム編集細胞作製 依頼書**  
 (  見積依頼  発注 )

2/2

<b>1 ご依頼日</b>	年      月      日	
<b>2 ご依頼者</b>	(フリガナ)	
	氏名 所属	
<b>6 作業内容</b>	<input type="checkbox"/> <b>目的遺伝子変異細胞のクローン取得を希望</b> ご希望とする取得クローンの変異確認方法をご選択ください。 <input type="checkbox"/> <b>ダイレクトシーケンス解析</b> (通常、ダイレクトシーケンス解析をお勧めします) <input type="checkbox"/> <b>変異箇所のPCRによるサイズ確認</b> <input type="checkbox"/> <b>FCM解析</b> ※ゲノム編集により改変した標的タンパク質の発現を確認します。 <input type="checkbox"/> <b>ご選択クローンのTAクローニングによるシーケンス解析</b> ※ ご選択いただいたクローンの目的変異領域をTAクローニング後、シーケンス解析します。 アレル間の変異の違いを詳細に解析できます。 <input type="checkbox"/> <b>その他</b> ご要望事項など下記にご記載ください	
	<input type="checkbox"/> <b>目的遺伝子変異プール細胞の作製を希望</b> ※ゲノム編集用のベクターを一過性に導入した細胞集団となります。 ご希望とする目的遺伝子変異プール細胞の変異確認方法をご選択ください。 <input type="checkbox"/> <b>変異確認を希望しない</b> <input type="checkbox"/> <b>変異確認を希望する</b> <input type="checkbox"/> 変異箇所のPCRによるサイズ確認 <input type="checkbox"/> TAクローニングによるシーケンス解析 <input type="checkbox"/> <b>その他</b> ご要望事項など下記にご記載ください	
	<b>7 オプション</b>	<input type="checkbox"/> ウェスタンブロット解析 <input type="checkbox"/> オフターゲット領域予測 <input type="checkbox"/> エクソームシーケンス解析による変異確認
	<b>8 その他ご要望事項</b>	その他ご要望事項など下記にご記載ください

※サービス開始にあたり、所定の遺伝子情報書式に記載される挿入遺伝子に関する情報を開示いただきます。折り返し、書式雛形を送付させていただきますが、情報開示にあたり、特に秘密保持契約を必要とされる場合にはお申し付けください。

**ヒト生体試料を用いた受託のご依頼に際して、以下ご確認ください。**

※ヒト生体試料とは、ヒト由来の組織、細胞、血液、体液、排泄物およびこれらから抽出したDNA等。但し、既に学術的な価値が定まり、研究用として広く利用されており、かつ、一般に入手可能な試料は含みません。

[タカラバイオ社「ヒト組織等の臨床検体のお取り扱いについて」](#)および  
[「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。 **該当する場合は、下の口にチェック(✓)をご記入ください。↓**

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。確認した倫理指針  医学系指針  遺伝子解析指針

※ご不明な点は空欄のままで結構です。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。