

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0001-1)

細胞材料提供依頼書

独立行政法人理化学研究所 バイオリソースセンター
細胞材料開発室 御中

支払い方法が決まっている場合は、○をつけて下さい。

年 月 日

下記の細胞を提供願います。提供にあたっては別紙提供同意書記載項目を遵守します。
支払い方法は（公費・校費、科研費、その他）です。

依頼者と異なる場合は
ご記入下さい。

依頼者氏名 (英名)	送付先氏名 (英名)
職名 E-mail	E-mail
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

生物資源同意書の「利用者」と
同じ方をご記入下さい。

各リソースの
「Restriction」の記号をご
記入下さい。

No.	細胞材料名	アンプル数	Restriction

発送日の指定がある場合はご記入下さい。
その場合は、発送予定表より選択して下さい。
発送日は、こちらからお知らせいたします。ご希望に添えない場合もございますがご了承下さい。

細胞材料開発室からの
発送日は
 特に指定しません。
 月 日(火曜
日)
に願います。

すでにMTAを締結している場合：提供同意書 (MTA) No. RM

研究課題名： _____

(「生物遺伝子
特記事項があれば」)

この依頼書1部とこの同意書2部は、
必ず郵送して下さい。
FAXでは送らないで下さい。

すでにMTAを締結している場合
はご記入下さい。

* 「生物遺伝資源提供同意書」2部を郵送して下さい。到着後、正式受付となります。ただし、上記のMTAとリソース名、課題名、利用者(機関・会社名、住所、研究責任者、機関長)が同一であれば提出の必要はございません。

** Restrictionが b または c の細胞は「提供承諾書」を添えてお申込下さい。

*** 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」に該当する遺伝子組換え生物の場合は、(1)

遺伝子組換え生物実験の実験承認番号、(2)課題名、(3)研究責任者、(4)承認

〒305-0074 茨城県つくば市高野台3-1-1

(受付日 年 月 日)

独立行政法人理化学研究所

(受付番号)

バイオリソースセンター受付

(依頼者 User No.)

TEL : 029-836-9184

(請求先 User No.)

FAX : 029-836-9182

(MTA No.)

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0001-2)

請求先氏名	
(英名)	
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

請求先が依頼者と異なる場合は記入して下さい。
同一である場合は送付の必要はございません。

1枚目の依頼者の氏名をご記入ください。

依頼者氏名: _____

〒305-0074 茨城県つくば市高野台3-1-1

(受付日 年 月 日)

独立行政法人理化学研究所

(受付番号)

バイオリソースセンター受付

(依頼者 User No.)

TEL : 029-836-9184

(請求先 User No.)

FAX : 029-836-9182

(MTA No.)