

生体試料返却確認書

東京医科歯科大学
難治疾患研究所バイオリソース支援室 御中

依頼者氏名 印
講座名
TEL/FAX
E-mail

保存期間終了に付き、下記生体試料 細胞 DNA RNA をバイオリソース支援室から
(にしを入れる)
返却を受けたことを確認します。

試料名 【 】

_____ 本

保存期間 年 月 日 より 1年間

東京医科歯科大学
難治疾患研究所バイオリソース支援室
M&Dタワー 23階 南側
TEL/FAX : 03-5803-5813
E-mail : bioresource.br@mri.tmd.ac.jp
【BR/No. _____】