年　　月　　日

生 体 試 料 返 却 申 込 書

総合研究院 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

保管期間終了に付き、下記生体試料　□細胞　□DNA　□RNA　の返却を申し込みます。

（□にレを入れる ）

試料名　　【　　】

＿＿＿＿＿＿ 本

保管期間　　年　　月　　日 より 1 年間

東京科学大学 総合研究院
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.　　】