

生体試料返却申込書

難治疾患研究所 バイオリソース室東京医科歯科大学 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。
(□にしを入れる)

試料名 【 _____ 】

_____ 本

保管期間 _____ 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. _____】