年　月　日

マイコプラズマ汚染検査依頼書

下記細胞試料のマイコプラズマ汚染検査の実施を依頼いたします。

記

細胞名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　使用培地　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼者名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　職名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼者の所属　：　分野

責任者

電話/FAX

E-mail

【同意事項】

依頼者は、難治疾患研究所バイオリソース支援室（以下「バイオリソース支援室」という。）に細胞株のマイコプラズマ汚染検査を依頼す

るに当たり、下記の事項に同意する。

1. 依頼者は、関連する東京科学大学の規則等を遵守する。

2. 依頼者は、関連する法令及びガイドラインを遵守すること。

3. 依頼者は、人に感染するおそれのある汚染物が当該細胞株に含まれているときは、予め バイオリソース支援室に申告すること。

4. 依頼者は、当該細胞株の原株の一部を保存すること。

依頼者署名：

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 No. bioresource.br@mri.tmd.ac.jp】
URL：http://www.tmd.ac.jp/mri/br/index.html