

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「TMDUBR」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、「TMDUBR 運営申合せ」および関連する東京医科歯科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 TMDUBR 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
URL: <http://www.tmd.ac.jp/mri/br/index.html>
【BR/No. _____】