

# Total RNA (Small RNAを含む)抽出サービス 申込書

※別紙、「ご注文時の注意事項」をご確認ください

ご依頼日： 平成 年 月 日

## 1. お客様情報

フリガナ				ご所属			
ご氏名							
ご住所	〒						
TEL			(内線)			FAX	
E-mail							
販売店				販売店担当者			

## 2. お申し込み内容

**【サンプルの概要】** ※感染性の疑いのあるサンプルはお引き受けできません

生物種	部位	状態(RNAlater浸漬、凍結など)	サンプル数

※ サンプルの詳細については、別紙の「RNA抽出サービスサンプル確認書」にご記入ください

**【抽出後の目的・使用条件】** ※抽出後の目的や、ご希望濃度等条件をご記入ください

--	--

**【サンプル送付日】** ※弊社へ平日着となるようお送り下さい

送付予定日	平成 年 月 日 ( )	到着予定日	平成 年 月 日 ( )
-------	--------------	-------	--------------

**【TotalRNA納品方法】** ※ご希望の納品方法をお選び下さい

<input type="checkbox"/> お客様に直接納品	<input type="checkbox"/> 販売店から納品	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

**【返送方法】** ※ご希望の返送方法をお選び下さい

<input type="checkbox"/> 冷凍便(到着2日後)	<input type="checkbox"/> 航空便(到着翌日) ※航空便での納品は、送料をご負担いただきます	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------------------------	---	----------------------------------

**その他連絡事項**


## 3. 確認事項

お申し込みにあたり、下記の事項を承諾されたものといたします。

(1) ヒト臨床検体由来のサンプルの場合には、

- ① お客様のご所属機関の倫理委員会で承認されていること
- ② 文章による同意書を得ていること
- ③ 匿名化されていること
- ④ 感染性等の安全性に問題が無いこと

(2) 本サービスは、その後のご使用目的(GeneChip解析、リアルタイムPCR等)に必要なTotalRNA量を保証するものではありません。必要量を抽出できない場合でも、サービス料金は作業対価となりますので、作業費用が発生いたします。

## 4. お申し込みサイン欄

本サービスを何で知りましたか  弊社HP  代理店  メーカー講習会  他教室等ご紹介  弊社営業  その他


上記内容に同意し、Total RNA (Small RNAを含む)抽出サービスを申し込みます。

平成 年 月 日

ご芳名 (印)

※ 別紙の「RNA抽出サービス サンプル確認書」にも必ずご記入ください

ご記載いただいた内容については、取り扱いに十分注意し個人情報保護法の定めを遵守いたします

	【サンプル送付先】
	ジェネティックラボグループ 株式会社GLab病理解析センター 先端医療開発部
	〒060-0009 札幌市中央区北9条西15丁目28-196 札幌ITフロントビル3F
	TEL: 011-644-7333 FAX: 011-644-7611
	E-mail: adv-support@gene-lab.com URL: http://www.gene-lab.com

# Total RNA (Small RNAを含む)抽出サービス サンプル確認書

※別紙、「ご注文時の注意事項」をご確認ください


ご依頼日： 平成      年      月      日

【RNA抽出サービス サンプル詳細】						
※本申込書記載のサンプル名とチューブ記載のサンプル名が一致しているかどうかご確認ください						
No.	サンプル名	生物種	部位	大きさ(mm <sup>3</sup> )	重量(mg)	状態(RNAlater浸漬、凍結など)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

※ サンプル数が32以上の場合は、別紙の「追加サンプルリスト」にもご記入ください

その他連絡事項	
---------	--

ご記載いただいた内容については、取り扱いに十分注意し個人情報保護法の定めを遵守いたします

	<p style="font-size: small;">【サンプル送付先】                  ジェネティックラボグループ 株式会社GLab病理解析センター 先端医療開発部                  〒060-0009 札幌市中央区北9条西15丁目28-196 札幌ITフロントビル3F                  TEL:011-644-7333 FAX:011-644-7611                  E-mail:adv-support@gene-lab.com URL:http://www.gene-lab.com</p>
--	---


# Total RNA (Small RNAを含む)抽出サービス 追加サンプルリスト

※別紙、「ご注文時の注意事項」をご確認ください

ご依頼日： 平成 年 月 日

【RNA抽出サービス サンプル詳細】		※本申込書記載のサンプル名とチューブ記載のサンプル名が一致しているかどうかご確認ください				
No.	サンプル名	生物種	部位	大きさ(mm <sup>2</sup> )	重量(mg)	状態(RNAlater浸漬、凍結など)
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
その他連絡事項						

ご記載いただいた内容については、取り扱いに十分注意し個人情報保護法の定めを遵守いたします

	【サンプル送付先】
	ジェネティックラボグループ 株式会社GLab病理解析センター 先端医療開発部
	〒060-0009 札幌市中央区北9条西15丁目28-196 札幌ITフロントビル3F
	TEL:011-644-7333 FAX:011-644-7611
	E-mail:adv-support@gene-lab.com URL:http://www.gene-lab.com