

# マルチプレックスサスペンションアレイ 解析サービス 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				ご所属	
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

**【サンプルの生物種】** ※該当する生物種に印をつけてください

Human(ヒト)     Mouse(マウス)     Rat(ラット)     Canine(イヌ)

その他 ( )

**【サンプルの種類】** ※該当するサンプルの種類に印をつけ、必要事項を記入してください

<input type="checkbox"/> 血清		<input type="checkbox"/> 培養上清 ※(注1)	細胞名 ( ) 培地名 ( )
<input type="checkbox"/> 組織抽出液 ※(注2)	組織名 ( ) 抽出試薬 ( )	<input type="checkbox"/> 細胞抽出液 ※(注2)	細胞名 ( ) 抽出試薬 ( )

(注1) 培養上清でのお申し込みの場合、使用したメディウムを1mL程度サンプルと同時に送り下さい

(注2) 組織抽出液または細胞抽出液でのお申し込みの場合、使用した抽出試薬を1mL程度サンプルと同時に送り下さい

**【サンプル数と測定項目数】** ※ご依頼いただく合計サンプル数と、合計測定項目数を記入してください

合計サンプル数		合計測定項目数	
---------	--	---------	--

**【データCD-ROM納品方法】** ※ご希望の納品方法をお選び下さい

お客様に直接納品     販売店から納品     その他 ( )

## 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します。(お申し込み前に必ずご確認ください)

- 試験研究以外の用途にはご利用いただけません。
- 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、を事前にご確認下さい。
- マルチプレックスサスペンションアレイ解析サービス(以下、本解析サービス)は、キットメーカー推奨のプロトコルに従って得られた解析結果をそのまま納品するものであり、解析結果の正確性、有用性、目的適合性等を保証するものではありません。
- 複数プレートにまたがるアッセイや、使用キットのロットが異なる場合には誤差が生じることがあります。
- 弊社は使用するキットの性能、信頼性等は保証しておりません。メーカーのデータを十分にご理解のうえ本解析サービスにお申し込み下さい。
- 蛍光強度が基準に満たない場合、該当するデータは参考値としてご判断下さい。
- 弊社の誤りに起因する場合を除き、解析結果に対する責任を負いかねます。
- 本解析サービスにより得られた結果が原因となって生じた損失・損害等については、サービスの仕様上、責任を負いかねます。
- 弊社の誤りに起因して損害・損失等が発生した場合の補償については、再解析もしくはご注文いただいた金額を最大で全額返金させていただきます、その他の責任は負いかねます。

## 4. お申し込みサイン欄


上記内容に同意し、マルチプレックスサスペンションアレイ解析サービスを申し込みます。

平成 年 月 日

ご芳名

Ⓔ

※ 別紙の「マルチプレックスサスペンションアレイ 解析サービス 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)  
株式会社ジェネティックラボ 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

# マルチプレックスサスペンションアレイ 解析サービス (測定項目確認書)

※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

【パネルの種類と測定項目】 ※ご希望のパネルから、研究対象となる生物種の測定項目にチェックを入れてください																			
Cytokine / Chemokines パネル					PDGF, Rantes パネル					Thyroid パネル									
測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ	測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ	測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ					
EGF					PDGF - AA					T3									
Eotaxin					PDGF - AB / BB					T4									
FGF-2					RANTES					TSH									
Flt-3 Ligand					※: 血液サンプル以外の場合、サイトカインパネルと同時に測定することが可能です					※: T3, T4のみのシングル測定は不可									
Fractalkine					<b>Adipokine A パネル</b> ※血清のみ					<b>Pituitary パネル</b>									
G - CSF					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ	測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ					
GM - CSF					Adiponectin					ACTH									
GRO					PAI - 1 (active) ※					BDNF									
GRO / KC					PAI - 1 (total) ※					FSH									
IFN - α2					Resistin					GH									
IFN γ					※: active または total のどちらかをお選び下さい					LH									
IL - 1α					<b>Adipokine B パネル</b> ※血清のみ					Prolactin									
IL - 1β					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ	TSH									
IL - 1ra					HGF					<b>Endocrine パネル</b>									
IL - 2					IL - 1β					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ					
IL - 3					IL - 6					Amylin (active) ※									
IL - 4					IL - 8					Amylin (total) ※									
IL - 5					Insulin					C - Peptide									
IL - 6					Leptin					GLP - 1 (active)									
IL - 7					MCP - 1					Glucagon									
IL - 8					NGF					Insulin									
IL - 9					PAI - 1 (active) ※					Leptin									
IL - 10					PAI - 1 (total) ※					※: active または total のどちらかをお選び下さい									
IL - 12 (p40)					Resistin					<b>Gut Hormone パネル</b>									
IL - 12 (p70)					TNF - α					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ					
IL - 13					※: active または total のどちらかをお選び下さい					Amylin (active) ※									
IL - 15					<b>Adipocyte パネル</b> ※培養上清等					Amylin (total) ※									
IL - 17					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ	Ghrelin (active)									
IL - 18					Adiponectin					Ghrelin (total)									
IP - 10					HGF					GIP (total)									
KC					IL - 1β					GLP - 1 (active) ※									
Leptin					IL - 6					Insulin									
LIF					IL - 8					Leptin									
LIX					Leptin					Pancreatic Polypeptide									
MCP - 1					MCP - 1					PYY (total)									
MCP - 3					NGF					※: active または total のどちらかをお選び下さい									
M - CSF					PAI - 1 (active) ※					<b>Stress Hormone パネル</b>									
MDC (CCL22)					PAI - 1 (total) ※					測定項目	ヒト	マウス	ラット	イヌ					
MIG					Resistin					ACTH									
MIP - 1α					TNF - α					Corticosterone									
MIP - 1β					※: active または total のどちらかをお選び下さい					Melatonin									
MIP - 2																			
sCD40 Ligand																			
sIL - 2Rα																			
TGF - α																			
TNF - α																			
TNF - β																			
VEGF																			

その他のパネル・測定項目については、下記に記載をお願いします

パネル名	<input type="checkbox"/>	Apolipoproteins	<input type="checkbox"/>	CVD 1	<input type="checkbox"/>	CVD 2	<input type="checkbox"/>	CVD 3
	<input type="checkbox"/>	Skin	<input type="checkbox"/>	Haptoglobin	<input type="checkbox"/>	Sepsis/Apoptosis	<input type="checkbox"/>	BoneMetabolism
	<input type="checkbox"/>	OPG	<input type="checkbox"/>	Osteocalcin	<input type="checkbox"/>	その他 ( )		
測定項目 ( )								

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】
	株式会社ジェネティックラボ 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

# マルチプレックスサスペンションアレイ 解析サービス (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


<b>【サンプル送付日】</b> ※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 ( )

<b>【サンプルについて】</b> ※本依頼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	液量(μL)	備考	No.	サンプル名	液量(μL)	備考
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16				32			

備考	
----	--

<b>【サンプル処分方法希望欄】</b> ※解析終了後のご希望のサンプル処分方法をお選びください	
<input type="checkbox"/> 返却	ご指定の場所へ返却いたします。(送料はご負担いただきます) ※「その他連絡事項」に送付先をご記入ください
<input type="checkbox"/> 廃棄	<b>解析終了1ヶ月後</b> 、弊社にて廃棄します。
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**

	<b>【サンプル送付先】</b> 株式会社ジェネティックラボ 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
--	--

# マルチプレックスサスペンションアレイ 解析サービス（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

【サンプルについて】 ※本依頼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	液量(μL)	備考	No.	サンプル名	液量(μL)	備考
33				65			
34				66			
35				67			
36				68			
37				69			
38				70			
39				71			
40				72			
41				73			
42				74			
43				75			
44				76			
45				77			
46				78			
47				79			
48				80			
49				81			
50				82			
51				83			
52				84			
53				85			
54				86			
55				87			
56				88			
57				89			
58				90			
59				91			
60				92			
61				93			
62				94			
63				95			
64				96			

**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】  
 株式会社ジェネティックラボ 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