レーザーマイクロダイセクション(LCM)受託解析サービス 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 ご氏名		ご所属	
ご住所	〒		
TEL		(内線)	FAX
E-mail			
販売店		販売店担当者	
		担当者様E-mail	

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)

☐ その他　(　　)

【サンプルの状態】　※該当するサンプルの状態に印をつけて下さい

☐ 凍結組織切片作製用包埋ブロック　☐ パラフィンブロック

☐ 凍結組織　☐ 固定液浸漬　固定法(　　)

☐ その他　(　　)

【サンプル部位 】　※できるだけ詳細にお願いします(胃粘膜、大動脈弁　等)	【サンプル数】
①	
②	

【採取領域の希望】　※細胞・組織(腺細胞、癌部組織、間質組織、大動脈中膜　等)

①

②

【採取後のご使用目的】　※採取後のご使用目的や、ご希望をご記入下さい(場合により、作業内容の変更が必要なことがあります)

①

②

【採取領域の処理方法】

☐ そのまま凍結(−80℃以下)　☐ Distilled Water DNase,RNase Freeに溶解後、凍結(−80℃以下)

☐ その他　(　　)

【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 (　)

【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　(　　)

【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します。(お申し込み前に必ずご確認下さい)

(1) 本解析は研究用にのみ対応しております。
(2) 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、を事前にご確認下さい。
(3) ヒトへの感染性が疑われるサンプルに関してはお引き受けできない場合もありますのでお問合せ下さい。
(4) 原則、LCM採取は7μm-10μmの厚さで1枚薄切して指定領域を採取します。
(5) 組織像、指定領域等の内容によって本受託のお見積りを確定します。
(6) LCMで回収した試料のクオリティにつきましては、ご用意いただいた元の組織に由来するため保証できません。
(7) 提供サンプルの状態によっては作業を中止する場合がございます。
(8) その後の作業については技術情報を開示し、解析の中止や納期の延長、追加見積りの提出等の対応をとらせていただく場合があります。
(9) 作業途上で問題が生じた場合、ご相談の上、作業を中止し別途手数料を申し受けます。
(10) 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。
(11) 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、その他の責任は負いかねます。
(12) 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。
(13) 解析終了後の残サンプルは日程調整の上、原則全てご返却いたします。
廃棄をご希望の際は、「お申し込みサイン欄」のその他連絡事項にご記入下さい。

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、GeneChip® 発現解析サービスを申し込みます。

平成　　年　　月　　日　　ご芳名　　㊞

その他連絡事項	

※ 別紙の「レーザーマイクロダイセクション(LCM) 受託解析サービス 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】
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