

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 _____ (ロット番号: _____) 検体数 _____ 使用培地 _____

申し込み日 年 月 日

細胞送付予定日 年 月 日

依頼者名: _____ 職名: _____

依頼者の所属: (会社名) _____ (所属) _____

(住所) _____

(電話・FAX) _____

(E-mail) _____

【同意事項】

依頼者は、国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所（以下「研究所」という。）に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、関連する法令及びガイドラインを遵守すること。
2. 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、予め研究所に申告すること。
3. 依頼者は、細胞株の輸送中に事故が生じても、研究所に対して責めを問わないこと。
4. 研究所が善良なる管理者の注意を払って管理したにも関わらず、災害その他止むを得ない事情により、当該細胞株に滅失、変質、毀損等を生じたときは、依頼者は研究所に対して責めを問わないこと。
5. 依頼者は、当該細胞株の原株の一部を保管すること。

依頼者署名:

送付先 (FAX または郵送)

〒567-0085 大阪府茨木市彩都あさぎ 7-6-8

国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所

JCRB 細胞バンク

TEL: 072-641-9851 FAX: 072-641-9859

E-mail: jcrb_cell@nibiohn.go.jp URL: <https://cellbank.nibiohn.go.jp>