

細胞株保護預かり依頼書・同意書

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 御中

1. 下記の細胞株の保護預かりを依頼します。

申込日: 年 月 日	受付日:	受付番号:
依頼者氏名: フリガナ(ローマ字) 郵便番号: 〒 機関住所: 機関名及び研究室名: 責任者名: 電話: (内線) FAX:	E-mail: 職名:	
(請求書の送付先が上記機関と異なる場合は、下記にご記入下さい。)		
機関住所: 〒 機関名: 氏名: 電話: (内線)		
	細胞株名 (記号でも可)	本数
1		
2		
3		
4		
5		
備考:		

【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。）に細胞株の保護預かり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>