

***DNA Shearing Service***

**申込書**

この度はDNA Shearing Serviceをお申し込みいただき誠にありがとうございます。

お手数ではございますが下記の内容をご確認の上、次ページからの質問にご記入下さい

ますようお願い致します。

なお、受付番号は弊社にて記入させていただきますので、ご記入されませんようお願い

いたします。

**ご注意：ご依頼の前に必ずお読み下さい。**

・本サービスは基礎研究用です。基礎研究以外の目的には使用しないで下さい。ヒト、

動物への医療、臨床診断用にはご使用いただけません。

・人間への感染が疑われるサンプルはお受けできません。

・本サービスにより得られた結果が原因となり生じた損失・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。

・万一、止むを得ない事由によりサービスに不備が生じた場合でも、その補償はいただいたサービス料を超えるものではありません。

和文社名.jpg

受付番号

１）1サンプルあたりの容量は130uL固定となっております。またDNA濃度は100ng～3ug/130uL

に調製をお願いしております。サンプル調製は10mM Tris-HCl, 1mM EDTA, pH8.0 (no glycerol)

溶液（推奨）もしくは滅菌水で行って下さい。

注意：液量などが異なる条件で処理をご希望の場合、事前にご相談ください。

２）下記表及び質問事項に詳細をご記入下さい。

＊料金は5サンプルまで\100,000です。以降1サンプル追加されるごとに\12,000ずつ加算されます。

　11サンプル以上お申し込みの場合は本用紙をコピーしてサンプル情報等の記述をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (A) チューブ番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (B)サンプル名 |  |  |  |  |  |
| (C)サンプルの由来 |  |  |  |  |  |
| (D)DNA絶対量 | ug | ug | ug | ug | ug |
| (E) ターゲットサイズ | bp | bp | bp | bp | bp |
| (F) shearing の確認 | 不要 | 不要 | 不要 | 不要 | 不要 |
|  |  |  |  |  |  |
| (A) チューブ番号 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (B)サンプル名 |  |  |  |  |  |
| (C) サンプルの由来 |  |  |  |  |  |
| (D)DNA絶対量 | ug | ug | ug | ug | ug |
| (E) ターゲットサイズ | bp | bp | bp | bp | bp |
| (F) shearing の確認 | 不要 | 不要 | 不要 | 不要 | 不要 |

1. 弊社より送付される容器にはマイクロチューブが入っております。それぞれのチューブが

置かれている場所に割りあてられている識別番号のことです。

チューブ本体には番号を記載することができません。お客様の責任において、該当場所に

チューブをお入れ下さいますようお願いいたします。

1. サンプル名をご記入下さい。

(C) サンプルの由来をご記入下さい。（例：ヒトの脳、大腸菌など）

(D) サンプル中のDNA絶対量をご記入下さい。（例：～ugなど）

(E) ご希望のターゲットピークサイズをご記入下さい。

サイズは150 200 350 550 bpの中からご選択下さい。

他の断片長をご希望の場合は別途ご相談ください

(F) Shearing結果の確認が必要ない方はNoを囲んで下さい。

（確認はAgilent Technologies社2100 Bioanalyzerを使用して行い、サンプルと

共に添付資料として送付します。）

和文社名.jpg

３）DNA Shearing serviceの使用目的について記入ください

（例：ホールゲノムシーケンスのためのサンプル調製，イルミナ社TruSeq DNA PCR-Free）

４）DNAの精製方法についてご記入下さい（例：使用したKitなど）

５）お客様情報、お取扱店様情報をご記入下さい。

ご提供いただいた個人情報に関しては、「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」

に基づき、「個人情報の保護原則（プライバシー・ポリシー）」を定めて順守いたします。

さらに、「社内規定（情報セキュリティポリシー）」を定めると共に「社内管理体制」を徹底し、

取り扱いに細心の注意を払っています。

【お 客 様 情 報】

|  |  |
| --- | --- |
| お　名　前　　　： |  |
| ご　勤　務　先　： |  |
| ご　所　属　　 ： |  |
| ご勤務先所在地 ： | 住所：〒 |
|  |  |
|  | TEL： |
|  | E-mail： |

　　　下記署名欄にお客様のお名前をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 署名： |  |

注意事項に同意し本サービスを申し込みます。

【お取扱店様情報】

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者様　　： |  |
| お取扱店様　： |  |
| ご　所　属　　 ： |  |
| お取扱店様所在地 ： | 住所：〒 |
|  |  |
|  | TEL： |
|  | E-mail： |

和文社名.jpg

　　　　　お問合せ先：

〒532－0005　大阪市淀川区三国本町2丁目12番4号

　 　 　　 TEL:06-6396-0501 FAX: 06-6396-0508