

細胞供給依頼書

年 月 日

東北大学加齢医学研究所

附属医用細胞資源センター長 殿

研究機関名

代表者職名

氏 名

印

貴施設で保存している細胞を研究遂行上必要としますので、下記のとおり供給下さるようお願い致します。なお、供給を受けるにあたり、当研究室において研究以外の目的に使用せず、かつ他の機関への分与を行わないことを確約致します。

記

使 用 責 任 者	職 名		氏 名		印	
	所属部署等					
	同上住所	〒				
	TEL		FAX			
	e-mail					
供 給 申 込	細胞名				合 計	本
	研究目的					
	供給方法	<input type="checkbox"/> 凍結チューブ				