

# 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

研究室であれば、教授等の氏名、  
押印をお願いいたします。

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	氏 名			印
	所属部署等			
	〒 同上住所			
	TEL		FAX	
	e-mail			
供 給 申 込	細胞名	下記研究目的が同じであれば、複数記入していただいて構いません。		合 計
	研究目的			
	供給方法	<input type="checkbox"/> 凍結チューブ		
				本

実際に使用する方の情報を  
記載してください。