**質量分析計を用いたタンパク質同定****受託解析依頼書**

受託元：ONSSI株式会社

サンプル送付先 ONSSI株式会社（岩手医科大学医歯薬総合研究所分子病態解析部門内）

〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町医大通一丁目1番1号 (医歯薬総合研究所内107-2号室)

Tel：019-651-5111 (内線5635)　 FAX：019-907-4523

整理番号（当社記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 解析依頼日 | 年　　月　　日 | | |
| 所属 |  | 代理店名 |  |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  | 担当者 |  |
| 住所 | （〒　　-　　） | 住所 | （〒　　-　　） |
| TEL |  | TEL |  |
| FAX |  | FAX |  |
| e-mail |  | e-mail |  |

※お客様の個人情報は、その保護・管理の徹底をはかり、お客様の同意なしに、第三者に開示することはありません。ただし、法令等にもとづき情報開示を要請された場合など、必要な範囲において情報を開示する場合があります。

【解析内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 解析サービスタイプ | □ ゲル片中タンパク質同定　□ ショットガン解析  □ 担当者とカウンセリングの上、解析方法を決定 |

【サンプル情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 生物種： | □ヒト　□マウス　□その他（学名をご記入ください）  ＊**同定出来るタンパク質はSwiss-Protデータベースに登録されているタンパク質に限ります。** |
| 測定サンプル数： |  |
| 送付サンプル： | □SDS-PAGEゲルバンド　□2D-PAGEゲルスポット  □ライセート　□組織　□細胞  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| オプション | □血清、血漿  **＊血清、血漿サンプルの場合はアルブミンやIgGなど高濃度タンパク質の除去に関する前処理が必要ですが、別料金が発生します。** |
| 輸送温度： | □冷蔵(4℃)（ゲル片は冷蔵輸送指定）□冷凍（-20度/-85度） |
| 感染性について： | □提供するサンプルに感染性はありません。  **＊受領できるサンプルはBLS2（バイオセーフティーレベル2）までのものに限られます。感染性が著しく高いサンプル（HIVやHCV、HBVなどのウイルスに感染していることが確認されている患者由来の検体など）は受領出来ませんので、ご了承ください。** |

【解析サンプル】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **サンプル名＊** | **ご送付頂くサンプルの情報**  **サンプルの形状(凍結組織、溶液など)**  **サンプル量、濃度情報** | **その他の情報**  **ゲル断片数**  **抽出方法**  **バッファー組成**  **修飾の可能性など**  **架橋剤を用いた場合はその種類** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |

\*サンプル名はチューブに記載されている名前と一致するようにご記載をお願い致します。また、サンプル名は英数字と記号でご記入をお願い致します。

【解析サンプルの特記事項】

|  |
| --- |
| サンプルおよび解析内容に特記事項がございましたら本欄にご記入をお願いします。 |
|  |