



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。

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) 溶液もしくは滅菌水で行って下さい。

注意 : Agilent technologies 社の SureSelect にご使用される場合は、SureSelect のプロトコルに従い調製を行って下さい。

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¥90,000 です。以降 1 サンプル追加されるごとに¥10,000 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	No	No	No	No	No
(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	No	No	No	No	No

(A) 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。

(B) 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 100, 150, 200, 300bp の中からご選択下さい。

(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。)

3) DNA Shearing service の使用目的について該当するものにチェックを入れて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Illumina－Solexa | <input type="checkbox"/> Agilent Technologies－SureSelect |
| <input type="checkbox"/> Roche－GS FLX | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> ABI－SOLiD | |

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 : _____ FAX : _____
E-mail : _____

下記署名欄にお客様のお名前をご記入下さい。

注意事項に同意し本サービスを申し込みます。 署名 : _____

【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 : _____ FAX : _____
E-mail : _____

お問合せ先：

エムエス機器株式会社

〒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