杏林大学大学院医学研究科

共同研究施設フローサイトメトリー部門委託測定申込書

原則的に使用者自身で機器の操作を行っていただく方針をとっているので，測定依頼は1，2回の使用や少数のサンプルの測定時のみ適応されます。委託測定希望者は，委託測定申込書を提出後，実験計画をFCMの教員と相談し，測定日を決定します。未予約・当日委託測定は受け付けられません。なお、使用可能の機器は，登録した機種のみです。

※太枠内全てに御記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者の情報 | | 委託測定内容等について | | |
|
| 1. 所属   医学部・保健学部  その他（　　　　　　　　）  教室・部門・研究グループ名   1. 所属上長名   印   1. 代表者名 2. 代表者メールアドレス   @   1. 代表者連絡先電話/PHS番号 2. 委託測定料金の移換元   ・講座研究費  ・個人研究費  上記のプロジェクトコードを必ずご記入下さい。  （　　　　　　　　　　　　　）   1. 委託測定料金の移換先   委託測定料として　　　　万円を大学院医学研究科共同研究施設フローサイトメトリー部門講座研究費（プロジェクトコードS303010001）へ移換して下さい。  提出日：  20　　　年　　月　　　日  当部門の規定では「委託測定によって得られたデーターを発表するときは，測定・解析者を共著とすることが望ましい」としております。￥ | | 以前にフローサイトメトリーでデーターを得た事はありますか？：  　　　・なし  　　　・あり　（機種：　　　　　　　　　　　）  測定希望機種：  　　　・FACSLyric（２レーザー６カラー）  　　　・FACSCant II（３レーザー８カラー）  　　　・FACSAria IIu（３レーザー９カラー）  委託測定希望内容：  □蛍光染色データー取得  □ソーティング  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 使用する細胞の情報：  ・細胞名称：  ・大きさ　　　　　　　　　　㎛  ・蛍光色素：  ・感染性物質の有無  （「あり」の場合、感染防御措置について記述して下さい。）  あり　・　なし  感染性物質の詳細：  感染防御措置： | | |
| 蛍光色素名称 | Excitation Wave [nm] | Emission Wave Range [nm] |
| １） |  |  |
| ２） |  |  |
| ３） |  |  |
| ４） |  |  |
| ５） |  |  |
| 委託測定料金　＜下記のように委託測定を実施しました＞　　測定解析担当者：  実施日時：　　　　年　　月　　日　　　開始時刻　　：　　　〜終了時刻　　：　　　　合計　　　　時間  使用機種：  □委託測定代金：10,000円（1時間当たり）×　　　　時間　=　合計　　　　　　円  □委託ソーティング代金：minimum charge 30,000円 + (10,000円（1時間当たり）×　　時間)=　合計　　　　　　円 | | | | |

Ver 2020 RevB