**Ion Proton Human Exome トータルシーケンスランサービス依頼書　(２)**

氏名：

所属：

内線：

E-mail：

備考：

サンプル提出日時　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　時頃

**サンプルについて**

・ サンプル数 :

* サンプル名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サンプル名 | DNA濃度 ( □ Qubit □ 吸光度 ) | 備考 |
| 1 |  | 　 ng/μl　 |  |
| 2 |  | ng/μl　 |  |
| 3 |  | ng/μl　 |  |
| 4 |  | ng/μl　 |  |
| 5 |  | ng/μl　 |  |
| 6 |  | ng/μl　 |  |

* サンプル懸濁溶媒: 　□ DW 　　　□ Low TE 　　　□ その他

・ サンプルの種類：　 □ ゲノムDNA　　□ PCR産物 (増幅サイズ　　bp)

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・　生物種： □ 不明

* サンプルの質の確認（濃度測定、電気泳動）：　　□ 確認済　　　　　□ 未確認

＊確認済みの方：本依頼書と一緒にデータをご提出ください。

＊未確認の方：Qubit assay と電気泳動によるサンプルのQCを行っております。

希望される方はInfinium解析サンプルQCサービス依頼書を記入の上、

併せてご依頼ください。

・　サンプル濃度測定方法：□ 吸光度 　　□ Qubit assay　　　　□ その他

* サンプル返却の希望： □ 希望する　　　　　□ 希望しない

**シーケンスについて**

・　Chipの枚数（解析数）:

* Runの際のサンプルの組み合わせ：

・　FASTAQの必要性：　□ 必要　　　　　　　□ 不要

* Sample Name： 希望

・Ion Reporterへの転送：□ 必要　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 不要

* 必要な場合は転送先のアカウントとパスワードを以下に記入してください。

　　　アカウント名：

　　　パスワード名：

* 必要なファイルの種類： □ VCF　　　　　　　□ BAM
* ハードデイスクの預かり：□ 有 　　　　　　　　 □ 無
* 備考

本施設記入欄

サンプル受領日 ：　　　年　　　月　　　日

解析期間 ：　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

　　　　サンプル　／　　　　　ラン　　　　　　　　解析