**Ion PGM 400bp 318チップシーケンスランサービス依頼書**

氏名：

所属：

内線：

E-mail：

備考：

**ライブラリーについて**

サンプル提出日　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　時頃

生物種　: □ 不明

・ ライブラリーの種類　□ DNAライブラリー　　 □依頼済み　　□依頼無し

□ RNAライブラリー　 □依頼済み　　□依頼無し

□ Ampliseqライブラリー □依頼済み　　□依頼無し

□ In fusion　ライブラリー

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

・ ライブラリー数 :

（サンプル数が複数の場合はサンプルシートをご利用ください。）

* ライブラリー名とBarcodeナンバー：

（サンプル数が複数の場合はサンプルシートをご利用ください。）

* ライブラリー濃度　　　　　　　　　　pM

・ ライブラリー返却の希望　　　　　　□希望する　　　　　　　□希望しない

* その他の情報

**解析について**

・　Chipの枚数（解析数）:

* 1 Chipに乗せるライブラリーセット：

・　Reference Library　：□ 有 (入手先:　　 　　) □ 無　□ 不明

・　FASTAQの必要性：　　□ 必要　　　　　　　□ 不要

・　Sample Name： 　　　　　　　　　　　　 希望

* その他の希望
* 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

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

解析数　　　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　ラン

**サンプルシート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サンプル名 | ライブラリー濃度 (□ Qubit □ バイオアナライザー) | バーコードNo. |
| 1 |  |  pM | BC  |
| 2 |  | pM　 | BC |
| 3 |  | pM　 | BC |
| 4 |  | pM　 |  BC |
| 5 |  | pM　 | BC |
| 6 |  | pM　 | BC |
| 7 |  | pM　 | BC |
| 8 |  | pM　 | BC |
| 9 |  | pM　 | BC |
| 10 |  | pM　 | BC |
| 11 |  | pM　 | BC |
| 12 |  |  pM | BC |
| 13 |  | pM　 | BC |
| 14 |  | pM　 | BC |
| 15 |  | pM　 | BC |
| 16 |  | pM　 | BC |

* 16サンプル以上の場合はExcel ファイルのサンプルシートをご利用ください。