**iScan全ゲノム遺伝子発現解析サービス依頼書**

**依頼日**年　　　　　　月　　　　　　　日

**依頼者**

氏名：

所属：

住所：〒

電話番号：

E-mail：

サンプル数：

**依頼解析の内容**

* ＱＣサービス：　□必要　　　　□不要

※ＱＣサービスには、PicoGreenによるサンプル濃度測定およびバイオアナライザーによる核酸分解程度の確認を含みます。

※必要な方は“iScan 遺伝子発現解析サンプルQCサービス依頼書”も提出してください。

**解析依頼サンプルに関する情報**

* サンプルの種類：□ Total RNA　 □ mRNA　□ small RNA □その他
* サンプル量：　＿＿＿μl
* RNA濃度：　　　　μg/μl　　測定方法：

（測定済みの場合、測定結果をお送りください。）

* バイオアナライザーによりRIN値を確認しましたか？

□ はい　 □ いいえ

（確認済みの場合は、RIN値を提出してください。）

* サンプルの溶媒：　□ TE　 □ DW　 □ その他＿ ＿＿
* ハードデイスクの預かり：　□　有 　　　　　　　　 □　無
* サンプルの返却：　□ 希望する　　　　□ 希望しない

本施設記入欄

解析数　　　　　　　　　：　　　　　　　解析

サンプル受領日 ：　　　　　年　　　月　　　日

解析期間 ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

※裏面に該当がある場合は記入してください。

・　データの送付先（依頼者の住所と異なる場合）

住所：〒

氏名：

電話番号：

E-mail：

・　チップの送付先（依頼者の住所と異なる場合）

住所：〒

氏名：

電話番号：

E-mail：

・　サンプルの返送先（依頼者の住所と異なる場合）

住所：〒

氏名：

電話番号：

E-mail：

・備考