**Infiniumメチル化解析サービス（16）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：

**解析依頼サンプルに関する情報：**

・サンプルの種類：□ genome DNA　 □ PCR増幅DNA　 □ その他

・バイサルファイト処理について：　□ 処理済み…（1）　　　　□ 依頼する…（2）

（1）の場合

バイサルファイト処理前にDNAのQCを行いましたか？

□ はい　 　　　　　　　　　　　　　　　□ いいえ

\* 行った方はQCの結果を提出してください。

　　 バイサルファイト処理に使用したキット名とそのメーカー名：

バイサルファイト処理に使用したDNA量：　　　　　ng

（2）の場合→“Infinium メチル化バイサルファイト処理サービス依頼書”を提出してください。

・サンプル量：　＿＿＿μl

・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