



裏面注意事項に同意し下記記載のとおり、検体の解析を依頼いたします。
 太枠内をご記入ください。該当する□を✓してください。※フルネーム及び正式な名称をお願いします。書類の宛名になります。

フリガナ 利用代表者 ※			
所属※			
E-mail		TEL	
代表者を除く利用者			
目的・要望	<input type="checkbox"/> 検体（試料）から目的タンパク質を同定したい <input type="checkbox"/> 検体からタンパク質を網羅的に同定したい <input type="checkbox"/> 検体間でタンパク質プロファイルを比較定量したい <input type="checkbox"/> その他 詳細を記載願います		
事前相談	<input type="checkbox"/> 来所・面談希望 <input type="checkbox"/> 来所不可	検体量	<input type="checkbox"/> 1 注入分しかない（要相談）
本センターで	残余検体を <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 返却 データを <input type="checkbox"/> 保管 <input type="checkbox"/> 保管しない	測定の希望	<input type="checkbox"/> 月 日までにデータが必要 <input type="checkbox"/> 10 日以内 <input type="checkbox"/> 最速
由来	生物種 <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> その他（ ）	測定数 注入量	合計 バイアル（最大 200） 各 μl（最大 6μl）
	部位など <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 培養細胞 <input type="checkbox"/> その他（ ）	測定メソッド (min)	DDA <input type="checkbox"/> 70 分 <input type="checkbox"/> 150 分 <input type="checkbox"/> 210 分 <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> 新規
修飾	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	臨床検体	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
添付資料	<input type="checkbox"/> 有 枚 <input type="checkbox"/> 無	感染性	<input type="checkbox"/> なし 裏面をご確認願います
保存	<input type="checkbox"/> 4℃ <input type="checkbox"/> -20℃ <input type="checkbox"/> -80℃ <input type="checkbox"/> 室温		
前処理	<input type="checkbox"/> 処理済み <input type="checkbox"/> お任せする <input type="checkbox"/> 利用者本人が処理する		
機種	<input type="checkbox"/> お任せする <input type="checkbox"/> 4800 <input type="checkbox"/> 5500 <input type="checkbox"/> 5600 <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> QExactive <input type="checkbox"/> QExactive HF <input type="checkbox"/> Xevo		
測定	<input type="checkbox"/> お任せする <input type="checkbox"/> 測定時に見学を希望する		
解析	<input type="checkbox"/> お任せする <input type="checkbox"/> 利用者本人が解析する（部外者は解析ソフトの予約が必要です）		

裏面に続く↓

太枠内をご記入ください。該当する□を✓してください。

本解析を進めるにあたり、所属長あるいは研究責任者の了解を受けています。

お名前： E-mail： @
TEL（内線）：

臨床検体を測定する場合は、感染症情報と実験プロトコルを準備の上、ご説明をお願いします。

本臨床検体は、所属機関の倫理委員会の承認を受けた実験ですか。

受けている（承認の写しを添付願います） 該当しない

委員会： 承認番号：

その他の委員会（DNA 組み換え実験、動物実験等）の承認を受けた実験ですか。

受けている（承認の写しを添付願います） 該当しない

委員会： 承認番号：

以下の注意事項に同意します。

- ・本受託解析をご利用される際は事前相談を担当スタッフあるいはコーディネーターと行っていただく必要があります。事前のご相談なく検体をお持ちいただいても測定できませんのでご注意ください。重要な事項が記載されていない、記載内容に虚偽・不備等があった場合は依頼をお断りいたします。
- ・本依頼書は文部科学省先端研究基盤共用促進事業（共用プラットフォーム形成支援プログラム）臨床質量分析共用プラットフォーム質量分析装置群共用に関する取扱要領および公立大学法人横浜市立大学臨床質量分析共用プラットフォームの依頼分析に関する要領（ホームページ参照）に従います。
- ・感染の可能性がある検体はお受けすることができません。その他、危険有害な検体と判断した場合は依頼をお断りいたします。規則等を守れない利用者は即時依頼をお断りし、当面の間全ての利用を控えていただきます。
- ・検体により測定機器に不具合が生じた場合には修理費用を請求させていただく場合があります。
- ・検体により有意な解析結果、期待する解析結果が得られない場合があります。
- ・測定機器の予期せぬトラブル等により検体が失われる可能性があります。
- ・利用者に起因する問題が生じた場合には所属長等と協議の上、適切な処置を行う場合があります。
- ・その他の疑義が生じた際は必要に応じて協議の上、速やかな解決を目指します。

事務局・担当スタッフ 記入欄：

受付確認日	2019年 月 日	書類確認	印
測定開始日	2019年 月 日	担当スタッフ	印
		<input type="checkbox"/> 問い合わせフォーム <input type="checkbox"/> 申し込みフォーム <input type="checkbox"/> DBに転記済み <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 納品+納品書	
		<input type="checkbox"/> 依頼お断り	