受付番号：

**調査依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　年　　月　　日

公立大学法人名古屋市立大学

バイオバンク室　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

　貴学バイオバンク室の試料を利用したいので、保有数等の調査を次のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究題目 |  |
| 2. 利用を希望する対象試料※希望する試料に○ | １．血漿（血清）　　２．PBMC　　３．胸腹水/脳脊髄液などの細胞成分４．胸腹水/脳脊髄液などの液体成分　　５．凍結組織 |
| 3. 対象疾患 |  |
| 4. 選択条件 | 記載例）1. 男性　　　　2. 既往歴なし　1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |

上記ご記入の上、Emailにて提出してください。

　Email: biobank-shinsei@sec.nagoya-cu.ac.jp

 電話：052-853-8077

 ※「sec.nagoya-cu.ac.jp」からの受信を許可する設定をお願いいたします。

　　　　 ※1週間以上返信が確認できない場合は、念のためお電話でお問合せください。