受付番号

申込書

［マイクロアレイ］ 　　　　　　　　 疾患モデル総合研究センター　研究基盤支援施設

|  |  |
| --- | --- |
|  ふりがな |  |
|  氏　　　　名 |  |
| 所属 |  |
|  職名(学年) |  |
|  連絡先 |  　　　　E mail 　　　　　　　　 ＴＥＬ　　　－　　　－　　　　　　 内線 　　　 ＦＡＸ 　 　－　　　－　　　　　 |
|  希望される生物種 | Human, Mouse, Rat, Mosquito, C. elegans, Porcine, Rabbit, Salmon, Sheep, Tobacco, Zebrafish, Drosophila, Bovine, Chicken, Maize, Arabidopsis, Canine (dog), Mangnaporthe grisea, Rhesus Monkey, Rice, Xenopus laevis, Yeastカスタム　　　　　　　　　 （○印をつける。） |
| 希望されるアレイとラベル化法について | mRNA, miRNA, CGH, その他　　　　　　　　　　アレイ数 　　　　　　　　　　ラベル化法　１色法・２色法 （○印をつける。） |
|  マイクロアレイで解析予定のサンプルの概要についてご記入ください。 |  |
|  |  |  |