

リエゾンラボ研究支援（次世代シーケンサー）申込書 [Prep 無]

申込日 / /

■申込者情報

申込者	氏名		所属	
	内線		E-mail	
経理担当者	氏名		所属	
	内線		E-mail	
支払い責任者	氏名		所属	
	内線		E-mail	

※本人直筆の署名 又は本研究支援申し込みに対して同意確認をお願いします。 研究支援申込に同意する

■注意事項（確認されましたら☑をご記入下さい）

- こちらの支援を利用できるのはコアグループまたはコラボレーショングループへ登録済みの方だけとなっています。
- シーケンサー維持管理費用として、40,000円/ランをお支払いいただきます。
- 利用負担金の支払いは大学運営費、寄付金、又は間接経費の移算をお願いいたします。

研究支援完了後、支払い手続きの連絡をお送り致します。

■支援内容

Application Type	<input type="checkbox"/> RNA-Seq <input type="checkbox"/> ChIP-Seq <input type="checkbox"/> Ampli-Seq <input type="checkbox"/> Single Cell (Chromium) <input type="checkbox"/> Single Cell (RamDA) <input type="checkbox"/> Other
------------------	---

Sample Information	「熊本大学大学院生命科学研究部等生命倫理に関する規則」のヒトゲノム・遺伝子解析研究に該当 する/しない					
	<input type="checkbox"/> Library DNA		Library Prep Kit			
	Index type	<input type="checkbox"/> illumina index		Concentration		nM (1nM)
		<input type="checkbox"/> Other		Volume		μL (>20 μL)
	Index	No.	Index1 number	Index1 sequences	Index2 number	Index2 sequences
	1	A1	ATCAGG			
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					

Sequencing illumina Nextseq500	Number of Samples		Species	
	Read	<input type="checkbox"/> Single read <input type="checkbox"/> Paired-end read		
		Read length(Cycle)	Read1	bp
Flow Cell	<input type="checkbox"/> High-Output <input type="checkbox"/> Mid-Output			

備考欄	*シーケンスキット持ち込みのある/なし、カスタムプライマーを使用される場合(濃度など)、Raw Data(bcl file)が必要な場合など、追加情報はこちらに記入してください。
-----	---

■上記サンプルをお預かりし、研究支援を承ります。

支援担当者	氏名	発生医学研究所 リエゾンラボ研究推進施設 502号室		
	内線	5786	E-mail	@kumamoto-u. ac. jp

合計件数	請求額	サンプル受理日	研究支援完了日
件	¥	/ /	/ /