受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿

# 組織標本作製依頼申込書

共同実験機器施設・13 階形態解析系（内線：3958）

担当　検校・井上・堂上

依頼者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　補職名：＿＿＿＿＿＿

所　属：＿＿＿＿＿＿＿＿（内線/PHS　　）　申込日：平成　　年　　月　　日

所属長名：＿＿＿＿＿＿＿＿印　受取希望日：平成　　年　　月　　日

研究題目：＿＿＿＿＿＿＿＿

試料名：＿＿＿＿＿＿＿＿　固定液：ﾎﾙﾏﾘﾝ ・ PFA ・ ｶﾙﾉｱ ・ ﾌﾞｱﾝ ・ その他（　　）

## 依頼内容（パラフィンブロック作製・薄切・染色等）

☐ **ブロック作製**（薄切面・包埋方法等相談して下さい）　￥60 × ＿＿＿個

（自作の場合はパラフィン代金 ￥40/個 ）

消耗品 ： スポンジ ￥ 5 × ＿＿＿枚　カセット（スタンダード） ￥30 × ＿＿＿個

☐ **薄切・染色等**

| | | | ブロック数 × 枚 数 | 切片の厚さ |
|---|---|---|---|---|
| ☐ 未染色 | ￥200 | 2 枚目以降 ￥70 （10 枚毎） | ＿＿＿個 × ＿＿＿枚 | ＿＿＿μm |
| ☐ 未染色（MAS ｺｰﾄ） | ￥220 | 2 枚目以降 ￥90 （10 枚毎） | ＿＿＿個 × ＿＿＿枚 | ＿＿＿μm |
| ☐ HE染色 | ￥260 | 2 枚目以降￥130 （10 枚毎） | ＿＿＿個 × ＿＿＿枚 | ＿＿＿μm |
| ☐ 一般特殊染色 （　　） | ￥300 | 種類等相談して下さい。 | ＿＿＿個 × ＿＿＿枚 | ＿＿＿μm |
| その他 | | | | |

**標本返標却方法**

☐ ボックス （25 枚用） ￥ 600 × ＿＿＿箱　☐ マッペ・ボックス等持参

（100 枚用） ￥1000 × ＿＿＿箱　☐ レンタル希望（マッペのみ 1 週間）

・ 完了した旨は担当職員から連絡します。

・ 費用は、四半期毎に経営企画課を通じて請求されます。

**料金合計＿＿＿＿＿＿＿＿円**

（職員記入）

**依頼書は HP（ http://www.med.osaka-cu.ac.jp/Central-lab/ ）よりダウンロードできます。**

---

受付日：平成　　年　　月　　日　担当職員名：＿＿＿＿＿＿＿＿

受取日：平成　　年　　月　　日　受取者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　所属：＿＿＿＿＿＿