

受付番号： _____

短期間 細胞培養 支援依頼書

共同実験機器施設・15階生理機能系(内線 3970)

担当：川脇・金子

平成 年 月 日

依頼者 所属： _____ 氏名： _____

所属長名： _____ 印

1. 課題：
2. 細胞名・種・由来：
3. サブカルチャープロトコール (詳しく：添加溶液・ミディアムの説明を含む)

4. 希望のミディアムチェンジ間隔 (最短3日～1週間) とその量

5. 実験利用期間・間隔 (3ヶ月以内)

年 月 日～ 年 月 日 まで
日・ 週間・ 月に 回 (曜日)

6. 実験日に用意する形態・細胞密度について ・ その他 (留意点)

c mディッシュ 枚 c mフラスコ 個
(カバーガラス 必要・不要)←どちらかに○印
(密度または個数目安 :)

7. 持込溶液・試薬について

* 15F 共同実験機器施設の機器を利用しての測定で最終的に消費してしまう細胞 (Cell line) の短期の預かりと濃度調整をいたします。維持の間のCO₂濃度は5%のものに限ります。