

申込日	年/月/日	
御社名	名称	
	部署名	
	住所(郵便番号)	
	住所	
納品先	住所(郵便番号)	
	住所	
ご担当者様	氏名	
	メールアドレス	
	TEL	
	FAX	

株式会社セツロテック  
 〒770-8503  
 徳島市蔵本町3丁目18番地の15  
 徳島大学内 藤井節郎記念医科学センター5  
 担当: 竹澤慎一郎  
 Tel: 088-633-0233  
 email: [takezawas@setsurotech.com](mailto:takezawas@setsurotech.com)

代理店	社名	
	担当者名	

希望するサービス	<input type="checkbox"/>	ゲノム編集受精卵作製
	<input type="checkbox"/>	ゲノム編集マウス作製
	<input type="checkbox"/>	ゲノム編集マウス作製(個別相談)

対象遺伝子	<input type="checkbox"/>	ノックアウト
	<input type="checkbox"/>	ノックイン(一塩基多形)
	<input type="checkbox"/>	ノックイン(長鎖DNA挿入)
		対象遺伝子数

マウス系統	希望するマウス系統	
-------	-----------	--

ゲノム編集受精卵作製 納品受精卵数	<input type="checkbox"/>	100個(6~7匹の仮親に移植し、平均30匹以上の出産が見込めます)	*1
	<input type="checkbox"/>	150個(9~12匹の仮親に移植し、平均45匹以上の出産が見込めます)	*1
	<input type="checkbox"/>	200個(12~14匹の仮親に移植し、平均60匹以上の出産が見込めます)	*1
		200個以上(個数を記入)	*1
	納品方法	<input type="checkbox"/> 凍結 <input type="checkbox"/> 冷蔵	
	納品希望日(申込日から14日以降)		*2

ゲノム編集マウス作製	納品世代	<input type="checkbox"/> F0 ホモ欠損 <input type="checkbox"/> F1 ヘテロ欠損 <input type="checkbox"/> F2 ホモ欠損	
	納品マウス希望数		*3
	ジェノタイプング方法	<input type="checkbox"/> ダイレクトシーケンス <input type="checkbox"/> ホールゲノムシーケンス <input type="checkbox"/> その他解析方法	
	その他解析方法の内容		

<input type="checkbox"/>	別シートの注意事項、契約内容に同意し、受託サービスに申し込みます。
--------------------------	-----------------------------------