

東京女子医科大学 総合医科学研究所  
解析サービス依頼書（次世代シーケンス解析）

依頼日 年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先: \_\_\_\_\_

各倫理委員会承認適応有り: 承認有り  承認無し

各倫理委員会承認適応無し

◎解析サービス

対象箇所にチェックして頂き、検体数をご記入ください。

	解析方法 (詳しくは裏面参照)	基本料金	件数	解析内容
<input type="checkbox"/>	次世代シーケンスデータ解析	別表参照		全ゲノム解析、全エクソーム解析 : 変異同定、アノテーション付与 RNA-seq解析: 発現量比較、クラスタ解析など *別紙に記載の解析以外については相談の上対応。
<input type="checkbox"/>	Ion Torrent 解析	要問い合わせ		Ampliseq解析、カスタム標的領域解析等可能です。解 析内容によりコストが異なりますのでお問い合わせく ださい。
<input type="checkbox"/>	培養細胞による変異機能解析	別表参照		興味のある遺伝子変異に対して培養細胞を用いた機能 解析を行います。 *別紙に記載の解析以外については相談の上対応。
支払い費目				合計
<input type="checkbox"/>	公費(教室費)			
<input type="checkbox"/>	科研費・助成金 ( )			
<input type="checkbox"/>	その他費目:			

\*お問い合わせは下記をお願いいたします。

総合医科学研究所 解析サービス部門担当 赤川浩之 (内線26307) mail: akagawa.hiroyuki@twmu.ac.jp

研究推進センター