

FACS Ariaによるセルソーティング依頼書

申込日 年 月 日

実験実施日（希望日）： 年 月 日 （ ） 時間： : ~ : （セッティング） : ~ : （ソーティングおよびクリーニング）	支払責任者名 印
依頼者氏名： 所属： e-mail address：	電話
指導教員氏名： e-mail address：	電話
使用する細胞について 細胞名： 感染性： P3 ・ 否定できない ・ 可能性なし 細胞由来： Mouse ・ Rat ・ Human ・ その他（ ） 患者由来の有無： 患者由来 ・ 患者以外 詳細） ※ 以前解析した結果や分取希望の集団がどのくらい含まれるか等の事前情報をお教え頂けると大変助かります	
細胞濃度： x10 /ml	細胞液量： ml
蛍光色素： 1. 2. 3. 4. 5.	
分取したい集団（最大4種類まで）：例：CD4+CD25+など 1. 2. 3. 4.	
希望する Sorting 方法： プレート ・ チューブ	
希望する分取量： プレートソーティングの場合 ⇒ 個/well 必要な well 数 well チューブソーティングの場合 ⇒ 個/tube ・ 可能な限り分取 ※ 詳細なご希望がある場合はこちらにご記入ください	

支援員使用欄： Accudrop beads ・ CST beads ・ 0-ring ・ その他（ ）