

次世代シークエンサーによるシークエンス依頼書

申込日 年 月 日

実験希望日： 年 月 日 ()	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
使用するサンプルについて	
<p>●試薬カートリッジについて</p> <p>ご使用予定の V2 試薬カートリッジのタイプを選択し、バーコードに記載されている番号を記入してください</p> <p><input type="checkbox"/>500 サイクルキット , <input type="checkbox"/>300 サイクルキット, <input type="checkbox"/>50 サイクルキット</p> <p>バーコードに記載されている番号： MS _____</p> <p>例) MSxxxxxxx-300V2</p>	