

平成 年 月 日

大阪医科大学
研究支援センター
実験動物部門 御中

所 属： _____

所属長： _____ (印)

依頼者： _____ (印)

マウス胚・精子凍結保存並びに個体作製依頼書

マウス（胚・精子）の凍結保存、（胚移植）を下記のとおり依頼します。

目的	例：稀少マウスの系統維持、汚染マウスの清浄化、凍結胚からの個体作製等
系統名・参考文献	(遺伝子改変マウスの場合は、目的の遺伝子についても標記してください) 例：C57BL/6-TgN（導入体の表示）、BALB/c-破壊遺伝子の表示 tm など (_____) ・大阪医科大学遺伝子組換え実験承認番号 (_____) (参考文献は、この依頼書に添付して提出してください。)
マウスの特徴	(遺伝子改変マウスの特徴、どのような実験に利用するのかを簡潔に説明してください)

凍結（胚・精子）及び他機関（ _____ ）からの保存

凍結 依頼 情報	系統名	♂: _____	♀: _____
	タイプ	<input type="checkbox"/> Tg <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> KI <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> Tg <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> KI <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	飼育環境	<input type="checkbox"/> SPF <input type="checkbox"/> コンベ <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> SPF <input type="checkbox"/> コンベ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	遺伝子型	<input type="checkbox"/> ホモ <input type="checkbox"/> ヘテロ <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> ホモ <input type="checkbox"/> ヘテロ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
凍結胚保存場所	<input type="checkbox"/> 動物実験施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

(胚移植)

移植 依頼 情報	胚の状態	<input type="checkbox"/> 凍結胚 <input type="checkbox"/> その他 (未凍結胚、*譲渡を受ける場合など)
	凍結作業	<input type="checkbox"/> 動物実験施設 <input type="checkbox"/> その他 (*譲渡を受ける場合など)
	タイプ	<input type="checkbox"/> Tg <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> KI <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	遺伝子型	<input type="checkbox"/> ホモ <input type="checkbox"/> ヘテロ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
飼養予定場所	<input type="checkbox"/> 実験動物センター <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

* 他機関からの譲渡の場合、融解用の資料や試薬の準備をお願いすることがあります。

* 提供していただくマウスの週齢は、♂：12週齢以上、♀：8週齢以上をご用意ください。

※ 以下は記入しないでください。

受付年月日	実験動物管理者	事務受付
平成 年 月 日	(印)	(印)

実施年月日	責任者	(印)
平成 年 月 日	担当者	(印)

備考：