

FACS コアラボラトリー 利用申請書 (医科研外)

FACS コアラボラトリー利用の申し込みをします。(□利用規約に同意します。)

申込日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者 (ふりがな)： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

所属機関名/部署名 (研究室名等)： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

請求先宛名 (所属機関名と異なる場合)： \_\_\_\_\_

請求先住所 (所属機関住所と異なる場合)： \_\_\_\_\_

研究の概要 (解析する細胞の種類)：

**【申請書の提出先】**

メール添付の場合：[facs@ims.u-tokyo.ac.jp](mailto:facs@ims.u-tokyo.ac.jp)

**【郵送の場合】**

〒108-8639 東京都港区白金台 4-6-1

東京大学医科学研究所 幹細胞治療研究センター FACS コアラボラトリー

※申請に関するお問い合わせ

TEL：03-5449-5288 FAX：03-5449-5764 担当・小宮