プロテインアレイ受託解析サービス　**QC**シート

（**CDI Laboratories**社 **HuProt™ Human Proteome Microarray**受託解析サービス）

受託解析サービスをご利用の方は、本QCシートへご記入の上、サンプルと同梱し、ご送付ください。

記入漏れがある場合、解析サービスを行うことができない場合がありますので、あらかじめご注意ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご送付日 | 　　　　 | 年 | 　　 | 月 | 　　 | 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご所属 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 代理店名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| お名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ご担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ご住所 | (〒　　　- 　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ご住所 | (〒　　　- 　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| TEL | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | TEL | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| FAX | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | FAX | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| e-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | e-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【解析目的】

※本サービスは海外業務提携先であるCDI社で解析を実施いたします。解析元でのプロジェクト管理のため、解析目的は英文表記で必ずご記入ください。

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

【サンプルタイプ　※ご提供いただくサンプルタイプを以下からご選択ください。】

[ ]  ヒト血清または血漿　※各サンプル最低20μLご提供ください。

テストする免疫グロブリン（アレイあたり最大2つまでテスト可）⇒　[ ]  IgG　　[ ]  IgM　　[ ]  IgA

[ ]  抗体　※各サンプル最低3μg（濃度：>0.1mg/mL）ご提供ください。

ホスト：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　アイソタイプ：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

[ ]  B細胞上清　※各サンプル最低1.5mLご提供ください。

ホスト：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　アイソタイプ：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

[ ]  ヒト脳脊髄液（CSF）　※各サンプル最低1.5mLご提供ください。

テストする免疫グロブリン（アレイあたり最大2つまでテスト可）⇒　[ ]  IgG　　[ ]  IgM　　[ ]  IgA

[ ]  タンパク質またはペプチド　※各サンプル最低3μg（濃度：>0.1mg/mL）ご提供ください。

[ ]  RNA　※各サンプル最低300μL（濃度：>2μM）ご提供ください。

[ ]  その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【サンプルの取り扱い　※サンプルに感染性や毒性などの危険性がある場合は、必ずご記入ください。】

※本サービスは海外業務提携先であるCDI社で解析を実施いたします。解析元でのサンプル管理のため、英文表記で必ずご記入ください。

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

【保管条件】

保管温度：（　　　　℃）　　輸送温度：（　　　　℃）

【サンプル情報】

サンプル数：（　　　　）

サンプル名（サンプル数が多い場合は別途リストを添付していただいても問題ありません。）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **サンプル名**※ | **ご送付サンプル情報**（量、濃度、溶解バッファー類を使用している場合はその組成などを記載ください） |
| 1 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 2 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 3 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 4 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 5 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 6 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 7 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 8 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 9 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 10 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※サンプル名はチューブラベルと一致するようにご記載ください。また、英数字と記号でご記入ください。

最適/推奨される検出分子：

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

最適/推奨されるポジティブコントロールおよびネガティブコントロール：

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

※抗体特異性プロファイリングサービスでは、HuProtアレイに搭載するためのポジティブコントロールとして精製された抗原をご提供いただくことを推奨しています。緩衝液に界面活性剤を含めず、最低2μg（濃度：>0.2mg/mL）でご準備ください。

推奨される希釈（不明な場合はその旨ご記載ください）：

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

【解析データ】

ご希望の提供データをご選択ください。

[ ]  Raw data

[ ]  Raw dataおよび各サンプルのヒットリスト（Z-score）

[ ]  Raw dataおよび各サンプルのヒットリスト（Z-score）、グループ間比較（t-test）

※グループ間比較をご希望の場合は1グループ2サンプル以上で構成していただく必要があります。

※以下にグループ名および各グループのサンプルの割り当てをご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| グループ名 | サンプル割り当て |
| 　　　　　　　　　　 |  |
| 　　　　　　　　　　 |  |

[ ]  解析データに関するCDI社の意見および見解

※必要な場合は、ご依頼いただく解析プロジェクトに関連する出版物、ウェブサイトまたはその他の関連情報をご提供ください。

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |

【備考】

解析に関してこの他にご意見、ご提案などございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
| ここをクリックしてご入力ください。 |