抗体アレイ受託解析サービス　**QC**シート

（**sciomics**社 抗体アレイ受託解析サービス）

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 |  |

【サンプル情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 生物種： | Human　　 Mouse　　 Rat　　 その他（学名をご入力ください） |
| 測定サンプル数： | サンプル数をご入力ください |
| サンプルタイプ | 組織　　 細胞　　 血清・血漿　　 CSF  その他（サンプル情報をご入力ください） |
| 輸送温度： | 常温　　 冷蔵（4℃）　　 冷凍（-20℃/-80℃） |
| 感染性について： | 提供するサンプルに感染性はありません   * お預かりできるサンプルは、BSL2（バイオセーフティーレベル2）までのものに限られます。   感染性が著しく高いサンプル（HIVやHCV、HBVなどのウイルスに感染していることが確認されている患者由来の検体など）は、お預かりできませんので、予めご了承ください。 |

【解析内容】

|  |  |
| --- | --- |
| サービスタイプ： | scioDiscover　　 scioPhospho  scioUbi　　 scioCD　　 scioCyto |

※データの品質および統計的優位性を保つため、1グループの生物学的レプリケート数を3以上で構成していただく必要があります。

【解析サンプル記述欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **グループ名** | **サンプル名**※ | **ご送付サンプル情報**  サンプル量や濃度情報 | **その他の情報** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |

※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。

【備考】

|  |
| --- |
| ※サンプル間の比較解析をご希望の場合は、上記記載サンプルの比較の組み合わせ等をご記入ください。  ※そのほか、サンプルあるいは解析内容に関して特記事項等が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。 |