

ImmunoSpot® Kit 解析受託サービス申込書

各項目にご記入の上、スキャン対象のプレートに添付してください。
プレート発送前に、営業担当または当社代表アドレス technosales@technosaurus.co.jp までご連絡下さい。

お名前 対象のキット型番 日付

連絡先お電話番号 メールアドレス

ご所属機関(研究室名までご記入ください)

ご住所(郵便番号からお願いします/プレート返送の宛先となります)

データ送付後の個別相談会を希望されますか？(Webミーティング)

ご請求先代理店名 希望する 不要です

☐ 今回の全プレート枚数 プレートの返送を希望する プレート返送希望の方のみ：返送先

ご研究分野 希望する 不要です 代理店経由 申込者様直送

癌・免疫 アレルギー・自己免疫疾患 ワクチン開発 感染症 その他

ご連絡事項(お客様⇒弊社)

ご注意事項: プレート名、レイアウトの情報を2ページ目以降にご記入ください。

- ・ 本サービスは、試験研究目的にご提供しているものです。その他の目的(医薬品の製造、品質管理、臨床診断など)には使用しないでください。
- ・ 本サービスにより得られた結果が原因となり生じた損失、損害について、サービスの仕様上、責任を負いかねます。
- ・ ヒト臨床サンプルの個人情報取扱いには弊社は一切の責任を負うことはできませんので、個人情報に関わるサンプルは、お客様のもとで匿名化されたものに限定させていただきます。
- ・ データ返送後の生データの保存保証期間は1か月です。

上記のご注意事項をご了承頂けましたら、ご署名をお願い致します。

注意事項を確認し、了承しました。

ご署名



株式会社 **エムエステクノシステムズ**

東日本: 〒162-0805 東京都新宿区矢来町113 TEL 03-3235-0673 FAX 03-3235-0669
西日本: 〒532-0005 大阪市淀川区三国本町2-12-4 TEL 06-6396-6616 FAX 06-6396-6644
Mail: technosales@technosaurus.co.jp URL: <http://www.mstechno.co.jp>

ご記入に関して

- ・次ページの記入例にある線や囲みをコピー＆ペーストでご活用下さい。（Power pointをお使いの場合）
- ・テキストボックスやラインをご自由にお使いください。

Plate name:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A												
B												
C												
D												
E												
F												
G												
H												

(-) ネガティブコントロール

(+) ポジティブコントロール

Ag1

cells/well

ug/ml

Ag2

ug/ml

ポジティブコントロール

ug/ml

複製ウェル※

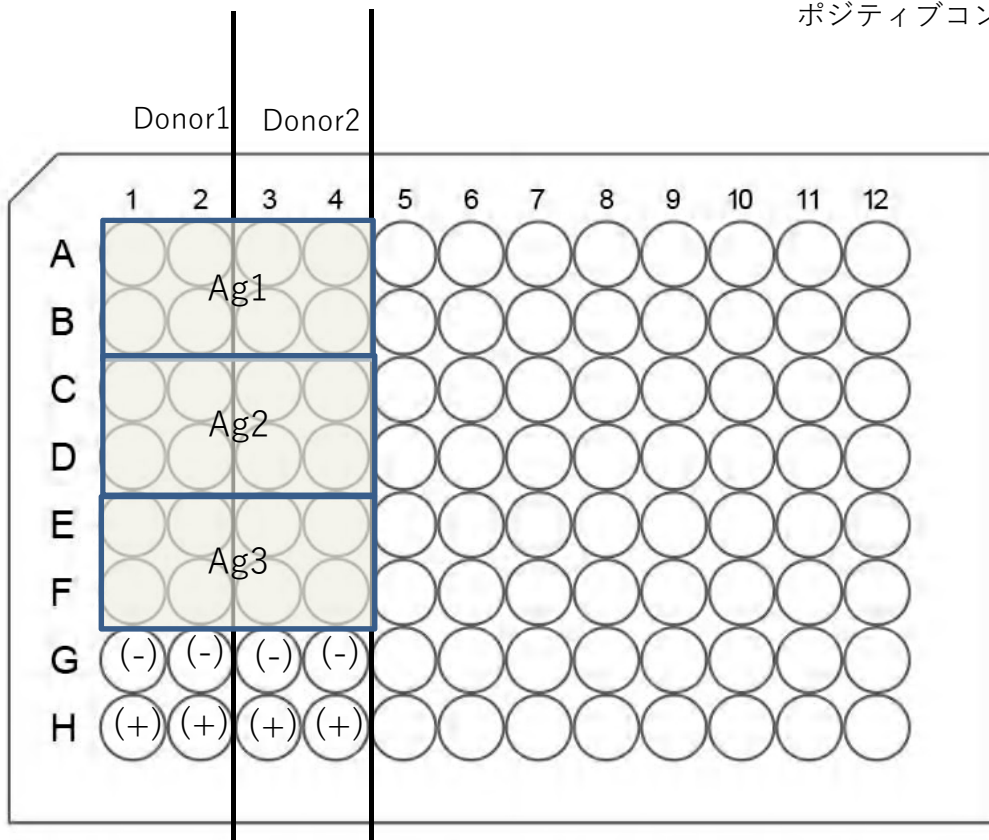
複製数

N=

※複製ウェル：由来細胞（ドナー）や刺激条件が等しいウェルの一例を記載下さい。

記入例

Plate name 2020-IFNg-test1



ポジティブコントロール

ConA

2ug/mL

Ag 1

Peptide A

10ug/mL

Ag2

Peptide A

5ug/mL

Ag3

Peptide A

2.5ug/mL

細胞数

3×10^5 cells/well

複製ウェル※

例) A1, A2, B1, B2

複製数

N=4

※複製ウェル：由来細胞（ドナー）や刺激条件が等しいウェル