

# InvivoGen社

## TLR/NODリガンドスクリーニングサービス 確認シート

ご記入日： 年 月 日

ご所属（会社名・大学名など）（必須）	
ご部署（必須）	
ご氏名（必須）	
ご住所	
連絡先	TEL（必須）： FAX：
	E-mail：

\* 本確認シートにご記入頂いた個人情報は、本サービスのために利用いたしますが、商製品の各種サービスに関する情報のお知らせのために利用することもございますのでご了承ください。

本確認シートは、ナカライテスク営業担当または弊社販売取扱店までご送付ください。

### 1. 以下のどのサービスを希望されますか。

- Level 1のみ(2, 4にお答えください。)
  Level 2のみ(3, 4にお答えください。)
  Level 1とLevel 2の双方(2, 3, 4にお答えください。)

### 2. Level 1のサービスを希望される方にご確認します。

2-1) 本サービスは、ヒトおよびマウスTLR 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9およびNOD1, 2に対するサンプルのリガンド活性を試験します。希望されるサービスにチェックを入れてください。

	TLR							NOD	
	2	3	4	5	7	8	9	1	2
ヒト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マウス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-2) 試験するサンプルの数： 個

2-3) サンプルの輸送条件を教えてください。

- 室温
  冷蔵
  冷凍

2-4) サンプルのケアについて教えてください。

冷蔵、冷凍品は、基本的に出荷時に充分量のブルーアイスもしくはドライアイスを入れて出荷しますが、輸送途中での冷媒補充等是不行いません。こちらの内容でよろしいですか？

- はい
  別途サンプルケアが必要(内容： )

2-5) サンプルは固体ですか？液体ですか？固体の場合、サンプル調製方法をご記入ください。

- 液体
  固体( )

2-6) 本サービスはご用意頂いたサンプルにつき、指定して頂いた濃度1点で測定します。

スクリーニングにおけるご希望のサンプル使用条件(濃度・使用溶媒等)をご記入ください。

2点以上の濃度での試験をご希望の場合、その内容をご記入ください。

