**生体試料提供リクエストシート**

* 提供を希望する生体試料の概要を下記のフォーマットに従って記入してください。記載後は、メールへの添付（[clinicalbiobank@ab.auone-net.jp](mailto:clinicalbiobank@ab.auone-net.jp)）、またはFAX： 011-722-6690にて研究会事務局まで送信願います。
* 記載頂いた内容を、連携するバイオバンクに回覧して、対応可能な施設を紹介します。尚、紹介後の各医療機関との契約等に関する協議には、当研究会としては関与致しません。
* 記載内容は、あくまで公開可能なものとしてください。もし、秘密保持契約を締結する必要がある場合には、別途お問い合わせください。
* このシートは、あくまで申し込みであり、検体の提供を確約するものではありません。
* 記載に際して、ご不明な点がございましたら、研究会事務局までお問い合わせください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 担当者 |  | |
| 連絡先 | 電話： | FAX: |
| Eメール： | |
| 申込日時 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 希望する生体試料 | □　既存の検体（アーカイブ）　　　□　前向き検体採取（オンデマンド） | |
| 検体収集予定期間 | 平成　　年　　　月　　～　　平成　　年　　月頃　（オンデマンド型の場合） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分譲を希望する生体試料 | 内容 | 量 | 数 | 検体処理 |
| *（例）　大腸癌* | *癌部の組織*  *健常部の組織*  *術中採取の血清* | *5x5mm*  *5x5mm*  *3ml* | *50症例分* | *瞬間凍結組織片*  *瞬間凍結組織片*  *遠心分離後血清の凍結検体* |
| １． |  |  |  |  |
| ２． |  |  |  |  |
| ３． |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 検体の使用目的　（簡単な研究目的を記載してください） |
| *（例）　大腸がんの予後因子となるバイオマーカーの探索*  *癌組織内に特異的に発現しているタンパク分子の発現量を調べ、同時に血清中の当該分子の濃度を測定することで、大腸癌における予後規定因子となるバイオマーカーの探索を行う。* |
|  |

|  |
| --- |
| その他 |
|  |

一般社団法人クリニカルバイオバンク学会　事務局

担当：小林奈緒美

〒007-0835　札幌市東区北35条東15丁目オーシャンビル4F

（株式会社モルフォテクノロジー内）

　TEL・FAX：011-722-6690

　E-mail：[clinicalbiobank@ab.auone-net.jp](mailto:clinicalbiobank@ab.auone-net.jp)