申請日：　平成　　年　　月　　日

山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所　次世代シーケンサー 委託解析申込書

　山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所長　殿

申請者氏名

所属・職名

山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所における次世代シーケンサーの解析委託について下記のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  氏名･所属 | 氏名：  所属（講座名など）：  (連絡方法 E-mail: 内線：　　　 PHS： 　) |
| 研究責任者  氏名･所属 | 研究責任者（教授名など）：  所属（講座名など）：　　　　　　　　　 （内線：　　　PHS： 　） |
| 研究課題名 |  |
| 利用期間 | 平成　　年　　月　　日　　〜　　平成　　年　　月　　日 |
| 解析検体の種類 | □血清　　□血漿　　□組織　　□DNA/RNA　　□その他 |
| 解析検体の由来 | □ヒト　　□マウス　　□ラット　　□ウイルス　　□細菌　　□その他 |
| 解析ターゲットの種類 | □DNA (全ゲノム)　 □DNA (全エクソン)　　 □遺伝子パネル(700疾病)  □網羅的がん遺伝子(409遺伝子)　　□トランスクリプトーム (RNA)　□その他 |
| 解析の概要  (特許等の知財保護、個人情報保護のため具体的な検体情報を記載する必要はありません。) |  |
| 予想される結果とその展開性 |  |
| 解析手法の概要 | 1. 検体の準備   検体の精製方法 [ ]  　　　検体のクオリティチェックの方法 [ ]   1. 検体情報 [匿名化された検体情報として記載してください]   サンプル 1 [ ]  サンプル 2 [ ]  サンプル 3 [ ]  サンプル 4 [ ]  サンプル 5 [ ]  サンプル 6 [ ]   1. シーケンス後のデータ解析について   解析希望の有無： □有り □無し   1. その他解析に関しての要望事項   内容: |
| 要望（期日）など |  |
| 必要な院内審査の審査状況 | □倫理委員会の審査状況（承認日及び承認番号 　　　　　　　　　）  （研究課題名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □動物実験計画の審査状況（承認日及び承認番号 　　　　　　　　）  （研究課題名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 委託経費 | □大学運営資金（名称及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □奨学寄附金（名称及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □受託研究費（研究題目及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □共同研究費（研究題目及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □受託事業費（研究題目及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □科学研究費（研究題目及び研究者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（名称及び予算科目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考  [生化学解析センター記載] | 管理番号 [　　　　　　　　　　]  倫理委員会承認の確認　済　／　未 受付担当者名 [　　　　　　　　　]  受託解析スケジュール確認　済　／　未　　 解析の事前相談　有　／　無  インフォマティクス等の必要性　有　／　無  その他: |

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月　　　日 | 受領印 |