

# シーケンス受託サービス依頼書

申し込み日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記サンプルのキャピラリー式シーケンスを依頼します。

no.	サンプル名	サンプルの種類	プライマー名	プライマー配列(省略可)	備考
1	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
2	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
3	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
4	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
5	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
6	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
7	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
8	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
9	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich
10	size          bp	dsDNA・ssDNA PCR product・他(          )			<input type="checkbox"/> GC rich

サンプル濃度： \_\_\_\_\_

プライマー濃度： \_\_\_\_\_

特記事項 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

依頼者： 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

注文管理 No.

