

遺伝子分譲依頼書・同意書(様式 B)

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 遺伝子クローン事業 御中

1. 下記遺伝子を分譲願います。

申込日: 年 月 日	受付日:	受付番号:
依頼者氏名: フリガナ(ローマ字) 郵便番号: 〒 研究機関住所: 研究機関名及び所属名: 研究責任者名: TEL: (内線) FAX:	E-mail: 役職: 拡散防止措置区分: P	
(請求書の送付先が上記機関と異なる場合は、下記にご記入下さい。)		
機関住所: 〒 機関名: 氏名: TEL (内線)		
	資源名(クローン ID)	本数
1		
2		
3		
4		
5		
研究目的:		

2. 遺伝子クローン事業より遺伝子の分譲を受けるにあたり、下記の事項について同意します。
- 1) 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」等を遵守する。
 - 2) 当該遺伝子に関する樹立者の優先権を全面的に尊重し、樹立者からの使用上の制限等がある場合は、これを遵守する。
 - 3) 分譲された遺伝子を人体に直接投与するなど倫理に反する実験に使用しない。
 - 4) 分譲された遺伝子は研究、試験、教育等のためにのみ使用し、直接的な営利活動や軍事目的に使用しない。
 - 5) 分譲された遺伝子を第三者に分与しない。
 - 6) 分譲された遺伝子の取り扱いにより事故、損害等が生じても、遺伝子クローン事業の責任を一切問わない。
 - 7) 分譲された遺伝子を使用した研究を発表する場合は、登録番号・クローン名ならびに樹立者名あるいは文献名を記載し、遺伝子クローン事業を通じて入手したことを明記する。

分譲依頼者署名:

送付先(FAX または郵送)

〒567-0085 大阪府茨木市彩都あさぎ 7-6-8

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 培養資源研究室内 遺伝子クローン事業

FAX : 072-641-9859