

抗体精製依頼書

(株)日本バイオテスト研究所 宛

整理No. _____

1: 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2: 貴社名 _____

住 所 _____

所 属 _____

氏 名 _____

Tel _____ (内線 _____) Fax _____

E-mail _____

3: 抗体名 _____

4: 抗体情報 動物種 _____

クラス _____ (サブクラス _____) 不明*

等電点*: (_____) ※不明の場合は別途作業代を頂戴いたします

5: 抗体の状態 血清 腹水 培養上清 その他 (_____)

6: 容量 _____ mL 含有抗体濃度 (_____ mg/mL)

7: 依頼内容 硫酸塩析 (_____ → _____ %)

プロテインA精製 (指定担体 有 (_____) 無)

プロテインG精製 (指定担体 有 (_____) 無)

陰イオン交換クロマトグラフィー精製

(指定担体 有 (_____) 無)

抗原カラムによるアフィニティー精製 抗原カラム作製を含む

抗原カラム作製を含まない

ゲルろ過

その他※プロトコールの提示をお願いいたします。内容により、別途お見積りいたします

精製前の血清・腹水の処理 無(血清・腹水のまま) 硫酸塩析 (_____ %)

精製時の緩衝液組成 (_____)

希望濃度 有 (_____ mg/mL 以上) 無

濃縮が必要な場合は別途作業代を頂戴いたします

濃縮方法 限外ろ過 硫酸濃縮 (_____ %) その他 (_____)

※大きなスケールの場合、限外ろ過濃縮には時間がかかります

活性測定 希望 不要

※活性測定希望の場合、抗原の提供(1~10 μ g)及びプロトコールの提示が必要です

活性測定方法 _____, 条件 _____

最終緩衝液 _____, pH _____

※希望が無い場合は10mMPBS(pHは等電点以外)とします

防腐剤可 (_____ %) 防腐剤種類の希望 有 (_____) 無
防腐剤不可

8 : 測定 要 否

要の場合の記載項目

容量 (単位 mL mg)
 吸光度法によるタンパク濃度 (吸光係数 1.4 他 _____)
 SDS-PAGE (7.5%非還元 12.5%還元)
 ELISAによる活性 (抗原 _____ 提供あり提供無し)
 その他 (_____)

9 : 納品形態 冷凍(サンプル添付 要(_____ mL) 不要) 冷蔵
容器指定 有(材質・容量・型番等) _____
無

形態 _____ mL/容器

※4本以上の分注は別途作業代を頂戴いたします

10 : ご希望納期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

11 : 備 考 _____

12 : 代理店 _____ ご担当者 _____

TEL _____ FAX _____

お問い合わせ : 株式会社日本バイオテスト研究所 Tel 050-3816-7058/Fax 050-3816-7863

URL <http://www.nbiotest.co.jp/>