

## 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 $\mu$ 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/>