バイオマーカー測定依頼書　　　　　　　　　　　　　　　　（整理番号：　　　　　）

（申請者→バイオマーカー測定室長→研究推進基盤センター長）

　　　　 　　年　　 月　　 日

所　属：

依頼者：　　　　　　　　　　　　　　　　（内線番号：　　　　　）

研究課題名：

バイオマーカー測定目的とその概要：

区分　　　　□ 共同研究　 □ 測定依頼

倫理審査　　□ 審査済　　　　　 □ 未審査　　　　　□ 必要なし

測定項目

□　HISCL Aβ1-40・Aβ1-42

□　HISCL　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　Simoa pTau181

□　Simoa pTau217

□　Simoa NfL

□　Simoa GFAP

□　Simoa　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

検体種　　□ ヒト血漿　　□ ヒト脳脊髄液　　□ ヒトその他体液(　　　　)　□ 動物

測定時の依頼者立ち合い　　□ 希望する　　□ 希望しない

検体数：

検体提供予定日：

測定データ受領希望日：

特記事項：（測定方法などでご希望があればご記入ください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※次頁の注意事項をご確認ください。

注意事項

・本依頼書提出から二週間以内にバイオマーカー測定室から申請者にご連絡します。

・使用する消耗品類は申請者でご用意いただきます（既に測定機器に装填されている共通

　消耗品はその使用分を現物で補填）。

・定められた使用料（別表）をご負担いただきます。お支払い方法は別途お打ち合わせの上

　で決定します（2025年度以降に適用）。

・測定に必要な血漿サンプル量はHISCL１項目50μL、Simoa１項目100μLです。

・測定プロトコルは原則としてそれぞれのマニュアルや標準作業手順書に準拠します。

・血漿を用いて正確な測定を行うためには、標準化された正しい採血及び血液保存方法に

　従ったサンプルであることが必要です。

・結果はエクスポートデータ（生データ）と濃度換算値で報告します（申請者自身が

　生データから計算可能な状態）。