

# 提供承諾書

年 月 日

東北大学加齢医学研究所  
医用細胞資源センター 御中

<<利用者>>

住所：〒

機関名・会社名：

機関長：

印

研究責任者：

印

担当者：

印

利用者は、下記の条件で寄託者から提供承諾を受けたことを東北大学加齢医学研究所医用細胞資源センターに報告します。

## 記

課題名（生物遺伝資源提供同意書と同一内容でご記入下さい）
細胞名（TKG No.            ）
使用上の条件（寄託者記入欄）

### 《寄託者》

寄託者は、上記の条件で利用者への提供を承諾いたします。

住所：〒

機関名・会社名：

担当者：

印

年 月 日

\*\*\*\*\*

〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 4-1

（東北大加齢研医用細胞資源センター記載欄）

東北大学加齢医学研究所医用細胞資源センター

（受付日      年      月      日）

E-mail : ccr@grp.tohoku.ac.jp   Fax : 022-717-8822