

ハイブリドーマ作製依頼書

_____年_____月_____日

社名: _____ 所属: _____
氏名: _____ E-mail: _____
住所: _____
Tel: _____ (内線) Fax: _____

I. 抗原名 _____ (認識番号等でも結構です。)

II. 抗原の種類 蛋白質 細胞 合成ペプチド

その他()

III. 抗原の状態 溶液 粉末 懸濁液

抗原の調整法

IV. 抗原の毒性 あり なし 不明

V. 抗原の保存 冷凍 冷蔵 室温

VI. 免疫について

a. アジュバント

フロイトの完全アジュバント (CFA) フロイトの不完全アジュバント (ICFA) Titer Max

CFA および ICFA Titer Max および ICFA

その他()

b. 免疫動物

BALB/c マウス その他のマウス(系統:) ラット

c. 免疫動物匹数 _____ 匹

d. 免疫間隔 _____ 週間

e. 免疫投与経路

f. 免疫から細胞融合(別のプロトコールでの実施をご希望の場合は下にご記入下さい)

上記に従い免疫を行い、最終投与1週間後に血中抗体価上昇の程度を確認し、細胞融合に使用する一匹を選択する。依頼者が抗体価の上昇が十分でないと判断した場合はさらに追加免疫を行う(追加免疫は別料金とする)。最終免疫2週間後、選択したこの個体に抗原液のみを静脈内投与し、3日後に脾臓を摘出、ポリエチレングリコールにより細胞融合を行う。

VII. 抗体価の測定およびスクリーニングの実施

依頼者 日本エスエルシー

IX. 腹水の採取

要 不要

IX. IgG 精製

要 不要

X. その他ご要望等ございましたらご記入下さい。