

# 検査依頼書

## [HuPEX®網羅型タンパク質アレイ受託解析サービス]

(IgG 自己抗体プロファイリング)

プロテオブリッジ株式会社（以下「弊社」）の受託解析サービス（以下「本サービス」）をご利用いただくためには「同意事項」への同意が必要となります。本サービスを申し込まれる前に、2 ページ目以降の同意事項をお読みいただき、すべての内容をご確認・ご了承いただいた上で、以下のチェックボックスに印をつけていただきますよう、お願いいたします。

### 本サービスの概要

- 検出する免疫グロブリン\_\_IgG のみ
- ご用意頂くもの\_\_凍結状態のヒト血清または血漿各サンプル最低 300  $\mu$ L  
測定前の検体チェックで、通常の測定および解析が実施できないと判断される検体がございます。この場合、弊社からご連絡差し上げます。もしご希望がございましたら 1 回まで無料で検体の差し替えが可能です。
- 検体送付方法\_\_ドライアイスによる冷凍便
- 検体送付日時\_\_水曜もしくは木曜午前弊社着
- 納品物\_\_結果レポート(pdf)と各搭載遺伝子タンパク質に対する定量データ(Excel)  
なお、検体由来のバックグラウンド要因により、通常解析が実施できない場合がございます。その場合でも、以下の通り解析費用を頂戴いたします。

	納品内容	解析費用
1. 通常解析 可能	全ての抗原データ	全額
2. 通常解析 不可	蛍光強度が上位の抗原のみ	全額
3. 解析不能	- (解析不能の結果報告書)	半額 (実施費用として)

同意事項に同意します。:左記のチェックボックス欄に☑を入れてください。これにより、全ての同意事項に同意したこととなります。

### 1. お客様情報

委託元（結果報告書の送付先） (結果報告書の宛名に使用させていただきます。 ※必須項目)	
ご送付日※	
ご所属※	
部署・氏名※	
住所・連絡先	(※住所) 〒
	(※電話番号) :
	(※E-mail ) :
結果報告書の送付方法※	郵便 ・ E-mail

**請求書送付先**

(請求書の宛名に使用させていただきます。郵便にて請求書を送付致します。空欄の場合、委託元に送付致します。)

所属名	
部署・氏名	
住所・連絡先	〒  電話番号：  E-mail：

**2. 解析方法 (検査方法)**

弊社製「HuPEX® 網羅型タンパク質アレイ\_Ver.1.1」を使用し、弊社のプロトコールにしたがって解析 (検査)を行います。

**3. 検体情報**

- ◇ ヒト血清または血漿 ※各サンプル最低 300uL ご提供ください。
- ◇ 検出する免疫グロブリンは IgG のみになります。
- ◇ 同意書がある場合、をし、同意書記載の患者名のご記入をお願いいたします。

## No.と検体名は検体チューブに必ずご記載ください。

(\*) 検体の提供者様の同意書を取得いただかなくても、検体の提供者様に不利益が生じることは無く、本サービスをご利用いただけます。

No.	検体名	検体種類 ☑をお願いいたします。	検体情報	同意書の取得 (患者名記載) (*)	備考 ウイルス検査結果 があれば、結果を ご記入下さい。
1		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿	検体量 _____ μL 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
2		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿	検体量 _____ μL 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
3		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿	検体量 _____ μL 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
4		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿	検体量 _____ μL 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
5		<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿	検体量 _____ μL 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有 ( )	

## 4. 連絡事項

--

## 5. 【同意事項】

### (1) 検体送付の手続及びお支払いに関する事項

- 検体を送付される際、同意事項への同意を含め、本検査依頼書に必要事項をすべてご記入いただき、検体に同封の上、元払いにて、下記「6」検体送付先の住所宛にお送りください。弊社による検体受領時まで検体の凍結状態を維持するため、発泡スチロール容器に十分な量のドライアイスを入れて検体を送付してください。検体は、必ず「水曜日もしくは木曜日午前中に到着（到着日の翌日が休日となる場合、別日を選択してください）」のご指定をお願いします。左記指定日時以外に検体が到着した場合、弊社で受領できず、検体の凍結状態が維持されない可能性があります。
- 本サービスの解析費用につきましては、御見積書をご確認の上、請求書を受領した後、期限内にお支払いください。

### (2) 本サービスに関する事項

- 本検査依頼書にご記入いただいたお客様の個人情報、弊社のプライバシーポリシーにしたがって取扱います (<https://proteo-bridge.co.jp/company>)。検査依頼書に記載された検体の提供者様の情報及び検査結果は、検体の提供者様の同意書がある場合を除き、検査以外の目的には一切使用しません。弊社アレイには、その仕様の関係上、検査項目以外の抗原タンパク質を搭載しており、当該抗原タンパク質に係る結果も自動的に取得されることとなります。しかし、検体の提供者様の同意書がある場合を除き、当社が当該結果を解

析に用いることはなく、検査終了後に遅滞なく消去します。検体は、検査終了後に弊社にて適切に廃棄します。

- ・ 弊社による本サービスの解析作業（準備作業を含みます。）の開始後は、お客様は、本サービスを解約することはできません。お客様においてやむを得ない事由がある場合で、弊社が解約を承諾したときでも、弊社が当該承諾時までに実施した工程に応じた本サービスの解析費用をご負担いただきます。
- ・ お客様は、本検体について、以下の①～③の事項について、表明し、保証するものとします。①病原体による感染の可能性がないこと、毒物が含まれていないこと、その他弊社による本サービスの解析において、人の生命、身体及び健康を害する可能性がないこと。②検体について適法にインフォームドコンセントが取得されているなど、弊社による検体の使用が適用のある法令、指針及びガイドラインに違反するものではないこと。③検体が適切に匿名化されていること。
- ・ 弊社は、次の①～④の各場合には、本サービスを提供することができません。①同意事項のチェックボックス欄に同意を示す記載がない場合。②本サービスは、研究目的でのみ提供されるものです。例えば、人若しくは動物の診断、予防若しくは治療での目的、又は、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器若しくは再生医療等製品の製造若しくは品質管理等を目的とする場合など、研究目的以外の場合、本サービスを提供することはできません。③検体が最低容量（300  $\mu$ L）に満たない場合、弊社による検体受領時にドライアイスが消滅している、検体の到着指定時間の不遵守など、検体の温度管理に不備があると判断される場合、検体にBSL3以上の病原性に関する感染リスクがあると判断される場合、検体について適切なインフォームドコンセントが取得されていないことが疑われる場合、その他検体の量又は質に関する状態により弊社が検査は実施できないと判断した場合。④支払期限までに本サービスの解析費用全額のお支払いがない場合。
- ・ お客様より受領した検体は、測定前に事前チェックを致します。この段階で解析不能と判断された検体については測定を実施せず、解析費用もいたしません。ただし、お客様の書面又は電子メールによるご依頼があったときは、1回までに限り別検体への差し替えをお受けいたします。再送に関わる郵送費用は、お客様でご負担いただきます。但し、再送いただいた検体の場合も、事前チェックで解析不能と判断される場合がございます。
- ・ 弊社のアレイ上のタンパク質はすべてコムギ無細胞系で合成され、また、FLAG+GST（Glutathione S-Transferase）タグが付加されているため、検体中にコムギ蛋白質又はこれらのタグに対する抗体が含まれている場合、あるいは、これら以外の検体由来のバックグラウンド要因により、通常解析ができないことがあります。通常解析ができない場合は測定結果の状況に応じて、①蛍光強度が強い上位抗原のみの解析結果、②全解析不能、のいずれかの結果報告書を納品物とさせていただきます。①の場合は、本サービスの解析費用を全額お支払いいただきます。②の場合は、実施費用として解析費用の半額をお支払いいただきます。
- ・ 弊社は、次の①～⑤の各事項に関してお客様に生じた損害について、責任を負うものではありません。①本サービスの解約時までに費消した検体、②前記の事由により弊社が本サービスを提供することができないこと、③本サービスの結果がお客様の予想又は期待していた結果と異なること、④本サービスの結果の利用、及び、⑤天災、事故、輸送業者の不備など弊社の責めに帰すことができない事由。
- ・ 弊社は、弊社の責めに帰すべき事由に直接起因してお客様に現実に損害が発生した場合に限り、お客様にお支払いいただいた本サービスの解析費用の金額を上限額として、お客様に当該損害を賠償します。ただし、当該損害には、弊社の主観にかかわらず、特別損害、拡大損害及び逸失利益は含まれないものとします。
- ・ お客様による表明保証の違反、その他本検査依頼書の違反、又は本検査依頼書に事実と異なる記載があった場合の当該記載に起因又は関連して弊社が損害を被った場合、お客様はその責任を負うものとします。

## 6. 検体送付先・お問合せ先

株式会社プロテオブリッジ 受託検査事業部宛  
〒135-0063 東京都江東区有明3丁目7-26 有明フロンティアビルB棟9階  
TEL：03-6457-1661  
E-mail：hupex@proteo-bridge.co.jp

### 検体受領書（弊社記入欄です。ご記入は不要です）

検査依頼書 No.		検体受付日	/ /	数量	本	受付者	
-----------	--	-------	-----	----	---	-----	--