

# 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 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、4 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

- ・ 検出できる免疫グロブリン
  - IgG のみとなります。
- ・ ご用意頂くもの
  - 測定サンプルがヒト血清・血漿の場合、各サンプル 300  $\mu$ L 以上の量を凍結状態でご用意ください。
  - 測定サンプルが精製抗体の場合はご相談の上、規定量をご用意ください。
- ・ 受け入れ時のチェック
  - 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の場合、弊社からご連絡差上げます。ご希望がございましたら検体の差し替えが可能です（別途検査依頼書をご準備いただきます）。
- ・ 検体送付方法
  - 輸送容器にドライアイスを詰め、冷凍便でお送りください。  
※ 精製抗体で凍結融解による失活の恐れがある場合は、弊社にご連絡ください。
- ・ 検体送付日時
  - 弊社への検体到着が水曜日、木曜日、金曜日の午前中となるよう、ご発送の手続きをお願いいたします。
- ・ 納品物
  - 結果レポート（pdf）と各搭載タンパク質に対する定量データ（Excel ファイル）を納品いたします。

なお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た検体を、お客様のご依頼に基づき解析した場合は、下記の納品内容となります。

	納品内容
1. 通常解析 可能	全抗原に対する抗体価の数値データ (弊社基準で陽性/陰性判定を行います)
2. 通常解析 不可	全抗原に対する抗体価の参考値データ (通常解析より高いカットオフ値で陽性/陰性判定を行います)
3. 解析不能	解析不能の結果報告書

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になります。

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）	
検体送付日※	
検体到着予定日※	
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。） <input type="checkbox"/> 委託元と同様であれば、左記のチェックボックス欄に☑を入れてください。	
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・血漿または精製抗体

※ 各サンプル最低 300  $\mu$ L ご提供ください。

※ 測定サンプルが精製抗体の場合は、ご相談後に決定した規定量をご記入ください。

◇ 検出する免疫グロブリンは IgG のみになります。

◇ 同意書がある場合は、「同意書の取得」欄に  のご記入をお願いいたします。

No.	検体名 (検査 ID など)	検体種類 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。	検体情報 (血清または血漿の場合)	同意書の取得 (*)	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 <input type="checkbox"/> 精製抗体	検体量 _____ $\mu$ L 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 <input type="checkbox"/> 精製抗体	検体量 _____ $\mu$ L 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 <input type="checkbox"/> 精製抗体	検体量 _____ $\mu$ L 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 <input type="checkbox"/> 精製抗体	検体量 _____ $\mu$ L 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 <input type="checkbox"/> 精製抗体	検体量 _____ $\mu$ L 採取日： 年 月 日 性別 _____ 年齢 _____ 疾患名： _____	<input type="checkbox"/> 有	

**No.と検体名（検査 ID など）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。同意書をいただける場合は、同意書に検査 ID などをご記載ください。

## 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

- ・ ヒト血清・血漿を送付される際、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・お問合せ先」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～金曜日の午前中に到着」のご指定をお願いします（年末年始および祝祭日を除く）。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。精製抗体で凍結融解による失活の恐れがある場合は、弊社にご連絡ください。
- ・ 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、弊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（準備作業を含む）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かつ弊社が解約を承諾したときでも、弊社が当該承諾時まで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。
- ・ 本検体において、お客様は以下の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。

#### (1) 血清・血漿の場合

- ・ 弊社は、次の①～⑦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。そのため研究目的以外の場合は、本サービスを提供することはできません。（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）。③検体が最低容量（300  $\mu$ L）に満たない場合、④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、⑤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、⑥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、⑦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。
- ・ 測定前の検体の事前チェックで解析不能と判断された場合は、弊社よりご連絡差し上げます。この際、ご希望がございましたら検体の差し替えが可能です（別途検査依頼書をご準備いただきます）。
- ・ 測定前の検体の事前チェックで解析不能と判断された場合は、解析費用はいただきません。
- ・ 測定前の検体の事前チェックで解析不能と判断された検体について、お客様より書面又は電子メールにて測定のご依頼があったときは、測定および解析を実施します。その際の解析費用については、解析不能となった場合も全額をご負担いただきます。
- ・ 再送に関わる送付費用は、お客様でご負担いただきます。但し、再送いただいた検体が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、FLAG+GST (Glutathione S-Transferase) タグが付加されております。そのため、検体中にコムギタンパク質又は合成タンパク質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、②、いずれの場合も、本サービスの解

析費用を全額お支払いいただきます。

(2) 精製抗体の場合

- ・ 抗体の量・濃度、アッセイ条件など事前相談により決めさせていただきます。
  - ・ ヒトおよびマウス抗体でのアッセイが実施可能です。
  - ・ 信頼性基準適応につきましてはご相談ください。
  - ・ 標的抗原によってはシグナルが得られない場合がございます。
- ・ 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、弊社は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消費した検体。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。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 〒135-0064 東京都江東区青海 2-4-7 国立研究開発法人 産業技術総合研究所 臨海センター別館 5108 号 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	
-----------	--	-------	-----	----	---	-----	--

## オプション解析（任意・有償）

得られた自己抗体情報を用いて、2群間の統計学的解析を承ります。

- ◇ Volcano plot（1群あたりの検体数が2以下の場合はMA plot）は必須となります。そのほかの解析は、Volcano plot（もしくはMA plot）の結果を基に作成致します。
- ◇ 群に含まれる検体内容、比較する群の組合せなどを変更して解析をご希望の場合は、それぞれに解析費用を頂戴します。解析費用は、群に含まれる検体数によらず一律となります。
- ◇ 過去にご注文いただいた検体の自己抗体情報を加えた解析をご希望の場合は弊社まで御一報ください。
- ◇ オプション解析については、受託解析サービスの結果報告書（自己抗体情報）納品後でもご注文いただけます。

<b>オプション解析依頼</b> （複数の組合せで解析をご依頼の場合は、表を追加するか弊社までお問い合わせ下さい。）	
必須	<input type="checkbox"/> Volcano plot（1群あたり3検体以上）, <input type="checkbox"/> MA plot
選択	<input type="checkbox"/> 相関解析：2群間にて各自己抗体がどの程度同じ傾向にあるかをグラフ化 <input type="checkbox"/> ヒートマップとクラスタリング：自己抗体反応量を色で表現しグラフ化 <input type="checkbox"/> 正常組織における発現解析：陽性自己抗体の抗原タンパク質が発現するヒト正常組織、細胞種の推定 <input type="checkbox"/> がん細胞における発現解析：陽性自己抗体の抗原タンパク質が発現する培養がん細胞の推定 <input type="checkbox"/> 細胞内における抗原の局在部位：陽性自己抗体の抗原タンパク質が局在するオルガネラ推定
第1群	<input type="checkbox"/> 今回ご依頼いただいた全検体（特にご指定が無い場合はこちらに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい）
第2群	<input type="checkbox"/> 弊社が無償提供する日本人の健常人検体 （特にご指定が無い場合はこちらに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい）