



CELL BANKING REQUEST FORM

ORDERING

Name: _____ Affiliation: _____
 E-mail: _____ Phone: _____
 Appointment Date _____ - _____ - _____ (YYYY-MM-DD) Time _____ : _____ : _____ (HH:MM:SS)

Title Of Project : _____
 EC certificate no. COA _____ Principle Investigator : _____

IMMUNE CELL (*ISO 20387 Accredited)

CODE	Type	Specimen Collection	Amount (MC)
INV BK001	<input type="checkbox"/> Lymphocyte cell *	Heparin tubes (40 ML)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____
INV BK002	<input type="checkbox"/> Natural Killer cell (NK) *	Heparin tubes (40 ML)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____
INV BK003	<input type="checkbox"/> Dendritic cell (DC) *	Heparin tubes (40 ML)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> Other_____

MESENCHYMAL STEM CELL

CODE	Type	Amount (MC)	Note
INV BK004	<input type="checkbox"/> Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells (UC-MSCs)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	
INV BK005	<input type="checkbox"/> Wharton's Jelly Mesenchymal Stem Cells (WJ-MSCs)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	
INV BK006	<input type="checkbox"/> Amniotic-membrane Mesenchymal Stem Cells (AM-MSCs)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	
INV BK007	<input type="checkbox"/> Placenta Mesenchymal Stem Cells (PL-MSCs)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	
INV BK008	<input type="checkbox"/> Aipose Derived Stem Cells (ADSCs)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	
INV BK009	<input type="checkbox"/> Skin Biopsy Derived Stem Cells	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> Other_____	

BIOSPECIMEN

CODE	Type	Case	Sample/Case	Total
INV BK010	<input type="checkbox"/> Serum			
INV BK011	<input type="checkbox"/> Plasma			
INV BK012	<input type="checkbox"/> Buffy coat			
INV BK013	<input type="checkbox"/> PBMCs			
INV BK014	<input type="checkbox"/> Cryopreservation (_____)			
INV BK015	<input type="checkbox"/> Other _____			

สิ่งที่ส่งมาด้วย

ประเภท	จำนวน
<input type="checkbox"/> Sodium Heparin Blood (ชุดเขียว) 6 mL	
<input type="checkbox"/> Cryovial tube	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
<input type="checkbox"/> หนังสือให้ความยินยอม (Consent Form)	
<input type="checkbox"/> EC Certificate	

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ _____
 ตำแหน่ง _____
 หน่วยงาน _____
 วันที่ _____ - _____ - _____ (ปี-เดือน-วัน)
 เวลา _____ : _____ : _____ (ชั่วโมง:นาที:วินาที)

Note: ห้องปฏิบัติการอินโนเวทไบโอเทค เปิดให้บริการวันอังคารถึงวันเสาร์ เวลา 8:00-17:00 น. และเปิดให้บริการวันอาทิตย์ เวลา 8.00-14.00 น. (รับตัวอย่างไม่เกิน 14.00 น.)

Innovate Biotech Laboratory

28/2 Room B405 Soi Rongrian Khlong Lam Chiak, Khlong Chan, Bang Kapi, Bangkok 10240
 (Thailand) T:(+66) 2-508-5100 , 061-118-6186 | E: info@innovatebiotechlab.com