

ご確認ください

ご希望内容の確認のため、質問フォームをご用意いたしました。
お忙しいところ恐れ入りますが開示可能な範囲で結構ですので、ご記載のほどお願いいたします。

ご氏名： _____
ご所属： _____

日付： _____
会員ID _____

エピトープマッピングを行う抗体の抗原情報について

■ 抗原名： _____ ■ アクセッションNo： _____

アクセッションNoが不明の場合、全長配列を下記へご記入ください。

■ その他、注意点

(_____)

■ エピトープマッピングを希望する抗体を下記よりご選択ください。

- () ポリクローナル抗体（血清）
() ポリクローナル抗体（精製抗体）
() モノクローナル抗体（精製抗体）
() モノクローナル抗体（培養上清）
() その他

■ エピトープマッピングに使用するペプチドの残基数をご指定ください（通常15～20残基程度）。

※特にご希望がなければご相談の上、弊社でご提案させていただきます。

(_____)

■ エピトープマッピングを行うペプチドの希望オーバーラップがございましたらご指定ください。

※特にご希望がなければご相談の上、弊社でご提案させていただきます。

(_____)

■ ポジティブコントロールとなる免疫抗原はお持ちですか？

- () ある
() ない

※ご用意のない場合はご相談ください。

※お預かりするポジティブコントロール用抗原タンパクにつきましては安全性確認書のご記入をお願いしております。

■ 1次スクリーニングのペプチドは純度保障なし(Mass top3保障)となりますが、変更も可能です(別途ご料金)。
ご希望の純度がございましたらご指定ください。

(_____)

■ エピトープマッピングに使用したペプチドの納品（1mg以上）を希望されますか？（別途ご料金）。

- () する
() しない

■ その他、ご質問やご希望などお書きください。

(_____)