小鼠胚胎冷冻申请表

请认真阅读填表说明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AP | |  | | | 实验室 | |  | | | | | 申请人 | |  | |
| 申请日期 | | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 小鼠编号 | 品系全称 | | | 品系简称 | | 基因型 | | | | 遗传背景 | 数量 | | 雌/雄 | | 出生日期 |
|  |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |
| 小鼠健康状况 | | | | □ 好 □ 一般 □ 差 | | | | | | | | | | | |
| 胚胎冷冻方案选择（详情见填表说明） | | | | □方案一 □方案二 | | | | | | | | | | | |
| 复苏验证后代是否保留 | | | | □ 保留，并提供给申请人 □ 不保留，剪尾后处理 | | | | | | | | | | | |
| 复苏后代是否需要本中心代做基因型鉴定 | | | | □ 是（若选此项请连同基因型鉴定方案一并发至邮箱） □ 否 | | | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人（签字）  日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 邮件发送并抄送PI  日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实验动物中心主任（签字）  日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下由实验动物中心胚胎操作技术员填写： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收表日期 | | |  | | | | | | 技术员姓名 | | | |  | | |
| 实验动物中心主任（签字）：  日期： | | | | | | | | | | | | | | | |

填表说明：

1）表格所有填写内容请用签字笔填写或电脑打印(签名处除外)。申请人、PI、及实验动物中心主任签字栏签字。

2）[请提前十个工作日提交电子版发送邮箱至Liuxiaojing@cibr.ac.cn并抄送至PI，方便实验动物中心工作人员进行准备工作。](mailto:请提前十个工作日提交申请表给交到实验动物中心B1041办公室，电子版请发送邮箱至zhangyizhong@cibr.ac.cn，方便实验动物中心工作人员进行准备工作。)

3）胚胎冷冻供鼠选择与要求：

方案一：只提供雄鼠：健康雄鼠至少2只，9-18W（超龄可以尝试），品系背景为C57BL/6J、C57BL/6N、CBA/Caj，且为单基因修饰动物。

方案二：雄雌均提供：健康雄鼠至少2只，9-18W（超龄可以尝试），雌鼠3-5周龄，10只以上。品系背景不常见，且为多基因修饰动物。

4）需要本中心代做基因型鉴定的请提供相关的引物以及PCR反应体系。

5）联系电话：18031067609

邮箱：Liuxiaojing@cibr.ac.cn