|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AP |  | | 实验室 | | |  | | 申请人 |  | |
| 申请日期 | | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 复苏种类 | | | □ 胚胎 □ 精子 | | | | | | | |
| 冻存日期 | 品系全称 | | | 品系简称 | | | 基因型 | | 遗传背景 | 胚胎/精子数量 |
|  |  | | |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  |
| 胚胎/精子来源 | | |  | | | | | | | |
| 供体雌鼠品系（精子复苏须填写此项） | | | □C57BL/6J □C57BL/6N □其他（请备注具体品系） | | | | | | | |
| 净化后代是否有数量要求 | | | □是，要求出生后代数量 □否 | | | | | | | |
| 外单位胚胎/精子需提供冷冻及复苏方法相关材料（可附件或发电子版） | | |  | | | | | | | |
| 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 | |  | | | |

LARC-TO29北京脑科学与类脑研究所小鼠胚胎/精子复苏申请表

**填表说明：**

1）申请表的提交：提交申请表电子版发送邮箱至mouserederivation@cibr.ac.cn并抄送至PI，中心将按照各PI提交申请表先后顺序进行复苏,如有需要加急净化，需要额外收取2000元加急费用。

2）外来胚胎/精子复苏：如欲复苏的冻存胚胎/精子来自外单位，本中心按研究人员提供的方法操作，但不保证100%成功。

3）净化后代提供标准：净化成功标准是提供至少3只阳性小鼠，如需求阳性鼠数量大于3只，具体按实际情况进行收费。

4）快速扩繁：具体收费需按实验室所需净化后代数量及提供雄鼠的基因型决定。

5）基因型鉴定：净化出生小鼠基因型鉴定由实验室自行负责。

6）笼位费：本中心将分笼后小鼠交予实验室之日起，收取笼位费。

7）联系电话：010-81912662

邮箱：mouserederivation@cibr.ac.cn