

大腸菌による組換えタンパク質精製サービス [ご相談フォーム]

ご記入日： 年 月 日

ご所属			
部署名			
お名前			
TEL		FAX	
E-mail			

1. 発現をご希望の遺伝子について

- ・ 遺伝子名： _____ (Accession No. : _____)
- ・ 遺伝子由来生物種： _____
- ・ 発現する目的タンパク質のサイズ： _____ kDa

2. 発現ベクター／宿主細胞について

- ・ ベクター名： _____ ・ 宿主： _____

3. ご希望の依頼内容について (該当するものにチェックを入れてください)

大腸菌培養 (培養量： _____ L)

タンパク質精製

- | | | |
|---|---|---|
| { | <input type="checkbox"/> アフィニティクロマトグラフィー <input type="checkbox"/> イオン交換クロマトグラフィー
<input type="checkbox"/> ゲルろ過クロマトグラフィー <input type="checkbox"/> 疎水クロマトグラフィー
<input type="checkbox"/> その他 (_____) | } |
|---|---|---|

品質試験 (該当する試験内容にチェックを入れてください)

- | | | |
|---|--|---|
| { | <input type="checkbox"/> 純度試験 <input type="checkbox"/> 濃度測定 <input type="checkbox"/> ヌクレアーゼ試験 <input type="checkbox"/> エンドトキシン濃度測定
<input type="checkbox"/> その他 (_____) | } |
|---|--|---|

4. ご提供可能なプロトコール (培養・精製) はありますか

なし あり (_____)

5. ご利用の目的について (例) 研究利用、商用利用

(_____)

6. ご要望やご相談事項などがあればご記入ください