**台大醫學院動物中心基因轉殖核心實驗室**小鼠胚胎冷凍申請表

服務申請人需確實填寫此申請表格以便順利生產SPF小鼠

**日期： / /**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 實驗室主持人 | |  | | 單位 | |  | | 電子郵件信箱 | | | | |  | |
| 研究計劃名稱 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 計劃經費來源 | |  | | | | | | IACUC NO. | | | |  | | |
| 聯絡人 |  | | | 電話 | |  | | | | 傳真 | | |  | |
| 聯絡人電子郵件信箱 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |

․胚胎冷凍小鼠品系名稱(全名)：

․該動物研究目的：

․該動物原來飼養地點：

․基因型說明(homo-heterozygote)：

․平均胎數：

․對性hormone反應： □佳 □普通 □不良 □未知

․可提供量：至少提供2-4月齡公鼠5隻，4-8週齡母鼠20隻。

□小鼠  ♂(age: )

♀(age: )

․健康監測報告結果(需檢附本院實驗動物中心研發組之全套健康監測報告書)

․可否分享該品系動物/凍胚 □可分享 □不可分享

**委託人同意以上所填屬實，若有不實填寫，本實驗室具有在任何時期取消本次委託服務之權利，且委託人無異議支付全額費用。**

委託人簽章:  日期: / /

委託人僅限該實驗室主持人

# 台大醫學院動物中心基因轉殖核心實驗室

小鼠胚胎冷凍及解凍復育(Embryo Cryopreservation and Recovery)

# 委託同意書

1. 每一個委託之小鼠品系或基因轉殖鼠，需先經本院動物中心健康監測，無感染*Mycoplasma Spp*.或 LCM virus等垂直感染的病原為限。
2. 需至少提供2-4個月齡之公鼠5隻及4-8週齡之母鼠20隻，本實驗室以250個胚胎的儲存量分存兩桶，確保成功保種。若受品系影響，無法得到足量之胚胎，本研究室得要求增加公母鼠數量，直至足量胚胎冷凍保存為止。
3. 採先付費後服務方式進行，第二年以後每年收取液態氮材料費2000元。胚胎解凍復育，至少交付四隻小鼠。以上兩項委託因品系不同而困難度有異，若無法達成目標，委託人不得有異議。
4. 本實驗室解凍復育之小鼠為無特定病原(Specific Pathogen Free, 簡稱SPF)等級，每單一服務案件均會附上台大醫學院實驗動物中心出具之代理孕母鼠的全套健康證明報告，本實驗室不負責復育鼠之寄養與繁殖等工作，委託人可帶回自行繁殖，若要委託繁殖請聯絡台大醫學院實驗動物中心繁殖組，小鼠一旦離開本實驗室，則無法再返回。

**委託人同意以上所填屬實，若有不實填寫，本實驗室具有在任何時期取消本次委託服務之權利，且委託人無異議支付全額費用。**

小鼠胚胎冷凍解凍品系名稱:

委託人簽章:  日期: / /

委託人僅限該實驗室主持人