**台大醫學院動物中心基因轉殖核心實驗室**小鼠精子冷凍申請表

服務申請人需確實填寫此申請表格

**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 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |

․冷凍精子小鼠品系名稱(全名)：

․該動物研究目的：

․該動物原來飼養地點：

․基因型說明：

․可提供量：至少提供2-8月齡公鼠2-4隻。

□小鼠 ♂(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)

․可否分享該品系小鼠/精子 □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

小鼠精子冷凍 (Sperm Cryopreservation)

# 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2-8個月齡之公鼠2-4隻，本實驗室以10支冷凍麥管分存兩桶，確保成功保種。若受品系影響，無法得到足量之精子，本研究室得要求增加公鼠數量，直至足量精子冷凍保存為止。
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。精子解凍復育，至少交付四隻小鼠。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。

**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。**

冷凍精子小鼠品系名稱:

委託人簽章: 日期: / /

委託人僅限該實驗室主持人