|  |
| --- |
| **國立成功大學醫學院附設醫院****臨床醫學研究中心 光學影像核心實驗室****使用儀器暨委託代檢合約書** |
| 儀器名稱：**全景組織體細胞定量分析儀****TissueGnostics FACS-like Tissue Cytometry** | 填寫日期 |  年 月 日 |
| **一 、基本資料** |
| 申請者 |  | 電話 |  |
| Email |  | 單位 |  |
| 主持人 | □同申請者  | 主持人Email | □同申請者 |
| **二、切片規格** |
| 切片種類 | □石蠟切片 □冷凍切片 □血液抹片 □其他  |
| 切片總數 |  |
| **三、申請服務項目** → 請先參閱收費標準 |
| 申請服務項目 | A10-9 全景組織體細胞定量分析儀 |
| 影像數位化 | □Normal Tissue □TissueArray□穿透光燈源□螢光燈源 □DAPI □FITC □Cy 3 □Cy 5□含分析檔案 |
| 估計金額(元) |  元 | (此金額為預估，確切收費需根據實際完成切片掃描後所得計之金額)  |

**四、申請確認 □我已詳細閱讀**[**代檢服務送件規定**](#代檢服務送件注意事項)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 實驗室主持人簽名 |  | 申請者簽 名 |  |

|  |
| --- |
| **五、以下由核心實驗室填寫：** |
| 收件日期 | 年 月 日 | 服務編號 |  |
| 預定操作日期 | 年 月 日 | 預定操作時數 | 小時 |
| 技術員 |  | 本 次 服 務金 額 |  元 |
| 經理人 |  |
| 設施負責人 |  | 完 成日 期 |  年 月 日 |

※ 如有研究著作經本核心設施使用後欲發表，請告知本核心實驗室，並在論文致謝（Acknowledgements）處註明「本文接受臨床醫學研究中心之全景組織體細胞定量分析儀協助」。

We are grateful to Dr. Kuen-Jer Tsai and Ya-Chun Hsiao for the services of image acquiring and analyzing from the FACS-like Tissue Cytometry in the Center of Clinical Medicine, National Cheng Kung University Hospital.

實驗室負責人：蔡坤哲老師，電話06-2353535 轉4254，E-mail: kjtsai@mail.ncku.edu.tw

服務連絡人：蕭雅純，電話06-2353535 轉3115，E-mail: n953438@mail.hosp.ncku.edu.tw

**代檢服務送件注意事項**

1. 組織貼片請維持在玻片的中央，全景儀器對於玻片的四周(約2mm)皆為死角而無法拍攝，請多加注意。
2. 玻片請維持完整度(勿缺角與斷裂)，且蓋玻片勿超過載玻片的邊界，否則無法放置於平台上。
3. 請注意玻片的整潔另封片時不要產生氣泡，若有物質殘餘玻片上或者氣泡產生使影像模糊，本核心實驗室概不負責。
4. 本核心實驗室需要送件前需與技術員共同評估玻片的組織形態與染色種類後才可預估所需要的時間。
5. 代檢送件時請與技術員聯絡，並繳交合約書(可由臨醫中心網頁下載)，並且經由實驗室PI簽章後，始得生效；若無送交代檢單或主持人未簽章者，恕無法排定於行程內;拍攝結束時技術員會聯繫送件者，請於網路預約分析軟體後，向技術員登記拿取硬碟並自行攜帶DVD光碟片燒錄資料。