

# Information Provision Form for Transfer of Genetically Modified Organisms

遺伝子組換え生物等の譲渡等の情報提供書

Date 24, November, 2022

日付けを記載ください。

(Name of the transferee institution)

〇〇〇〇 University Hospital

譲渡する相手の所属を記載ください。

(Affiliation, position, and name of the assignee)

Department of Dermatology, Professor and Chairman

譲渡する相手の部署、職位の順に記載ください。

Mr./Mrs. 〇〇〇〇 〇〇〇〇

譲渡する相手の名前を記載ください。

I will inform the following information required for the transfer of genetically modified organisms in accordance with an international agreement called “The Cartagena Protocol on Biosafety to the Convention on Biological Diversity”

「生物多様性に関する条約のバイオセーフティに関するカルタヘナ議定書」という国際協定に基づき、遺伝子組換え生物の移転に必要な以下の情報をお知らせします。

## 【Information on the genetically modified organism to be transferred】

【譲渡等を行う遺伝子組換え生物の情報】

Name of the host or parent organism	<input type="checkbox"/> Germ • <input checked="" type="checkbox"/> Animal • <input type="checkbox"/> Plant (Class <u>1</u> ) 宿主が、微生物・動物・植物等 のいずれかがわかるように□や■等で表示し、クラスを記載してください。 Specific name ( <u>Mouse</u> ) 宿主の具体的な名称を記載ください。
Name of the nucleic acid donors	<u>Escherichia coli str. K-12</u> (Class <u>1</u> ) 核酸供与体を挿入されるドナーの名称とクラスを記載ください。
Name of the inserted nucleic acid	Types of Nucleic Acids : <u>cDNA</u> 核酸の種類を記載ください。 Gene name : <u>LacZ</u> 遺伝子の名称を記載ください。
Function of inserted gene	<u>cleaves lactose, a disaccharide, into glucose and galactose.</u> 挿入された遺伝子の働き（役割）を記載ください。
Classification of spread prevention measures at the transferor's institution in Japan	<u>PIA</u> (譲渡者の日本の所属先における) 拡散防止措置の区分を記載ください。

Approval number and approved date of the experiment application form using LMOs at the transferor's institution in Japan	Approval number : 25S002 <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">(譲渡者の日本の所属先における) 実験計画の承認番号を記載ください。</div> Approval date : 2, March, 2022 <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">(譲渡者の日本の所属先における) 実験計画の承認日を記載ください。</div>
Risk of infection	Not applicable <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">感染した場合のリスクについて記載ください。</div>
Ministerial confirmation required or not in the transferor's country	<input type="checkbox"/> Required <input checked="" type="checkbox"/> Not required <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">大臣確認の要否について記載ください。  <input type="checkbox"/> 要 (Required)  <input type="checkbox"/> 不要 (Not Required)</div> ※ If required, prior ministerial confirmation is required at the transferee institution. <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">※「要」の場合は、事前に譲受者の機関で大臣確認が必要です。</div>
Scheduled date of transfer	1, December, 2022 <div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">譲渡を予定している年月日を記載ください。</div>
Other information [(including plasmid-based vector, viral vector, antibiotic/antiviral drug resistance (if applicable)]	<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">その他譲受者にお知らせすべき情報がありましたら、記載ください。  (プラスミドをベースとするベクター、ウイルスベクター、抗生物質あるいは抗ウイルス剤の耐性についての情報を含む (該当する場合))</div>

【Information on the transferor】

【譲渡者の情報について】

Institution	Hirosaki University	譲渡者の所属機関について記載ください。
Affiliation ・ Official title	Graduate School of Medicine	譲渡者の所属部局について記載ください。
Name	Taro Hirosaki	譲渡者の名前について記載ください。
Address	5 Zaifuchou, Hirosaki, Aomori 0368562, Japan	<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">譲渡者の所属する機関の住所について記載ください。</div>
TEL & FAX	TEL 0172-xx-xxxx FAX 0172-xx-xxxx	<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">譲渡者の連絡先について記載ください。</div>
E-mail	thirosaki@hirosaki-u.ac.jp	