

## デモアンケート

※お手持ちのサンプルの撮像を希望されるお客様は、お手数ですが、ご記入を頂き、営業担当者へお渡しください。

スムーズにデモをご覧頂けるよう、差し支えない範囲でご記入ください。

学部／学科(研究室) :

お名前 :

1. デモの評価ポイントをご記入下さい。

2. 観察するサンプルについてご記入下さい。

(1)細胞・組織の名称、種類、由来など:

(2)使用している蛍光色素・蛍光タンパク質とその標識部位:

|      |        |
|------|--------|
| ・色素: | ・標識部位: |
| ・色素: | ・標識部位: |
| ・色素: | ・標識部位: |
| ・色素: | ・標識部位: |

ICM、FCM、HCAなどで定量している場合は使用している装置とフィルターセット:

3. 位相差観察について

希望(解析はできません。)

4. 観察倍率を下記より選択して下さい(最大6個)。

x2ドライ x4ドライ x10ドライ x20ドライ x40ドライ

x20長作動 x40長作動

x10位相差(解析できません) x20位相差(解析できません)

5. 使用予定のサンプル容器についてメーカー・型番をご記入下さい。(複数可)

スライドガラス

35mmディッシュ メーカー: 型番:

マイクロプレート メーカー: 型番:

6. 解析についてご記入下さい。

解析したい標識部位:

特徴量(体積、総輝度、形態など):

解析したい標識部位:

特徴量(体積、総輝度、形態など):

解析したい標識部位:

特徴量(体積、総輝度、形態など):

7. その他特別なご要望などございましたら、ご記入下さい。