

**麻疹・風疹 検出用リアルタイムRT-PCR
プライマー・プローブ 単品合成 申込書**
(麻疹ウイルス用の蛍光色素の変更で、風疹ウイルスと同時検出が可能です)

株式会社 日本遺伝子研究所 合成事業部

FAX : 022-388-9740
TEL : 022-388-9748
E-mail : oligo@ngri.co.jp

名 称		プローブの修飾 (③はご希望の修飾の □にチェックください)	納品保証量 (※ 2)	反応数 (※ 3)	価格(税込み) (※ 4)	納品形態 (□にチェック)	注文数
麻疹 ウイルス用 単品合成	① MVN1139F	---	2.0 O.D. (=8,654pmole)	約1080	¥3,289	<input type="checkbox"/> 乾燥品 <input type="checkbox"/> 100μM 溶液品 溶媒は、プライマーではDW プローブではTE Bufferです	
	② MVN1213R	---	2.0 O.D. (=7,797pmole)	約970	¥3,388		
	③ MVNP1163P ※ 1	<input type="checkbox"/> 5'FAM, 3'BHQ1	1.0 O.D. (=3,654pmole)	約730	¥41,250		
		<input type="checkbox"/> 5'HEX, 3'BHQ1 (5'VIC-3'QSYの代替です)	1.0 O.D. (=3,654pmole)	約730	¥41,250		
風疹 ウイルス用 単品合成	④ NS(32-54)Fwd	---	2.0 O.D. (=8,354pmole)	約460	¥3,338	<input type="checkbox"/> 乾燥品 <input type="checkbox"/> 100μM 溶液品 溶媒は、プライマーではDW プローブではTE Bufferです	
	⑤ NS(143-160)Rev	---	2.0 O.D. (=10,793pmole)	約590	¥3,091		
	⑥ NS(93-106)Probe ※ 1	5'FAM, 3'BHQ1-MGB (NFQ-MGBの代替です)	<input type="checkbox"/> 1.0 O.D. (=7,137pmole)	約1420	¥73,150		
			<input type="checkbox"/> 0.5 O.D. (=3,568pmole)	約710	¥53,900		

- ※ 1 国立感染症研究所の病原体検出マニュアルに則ったプライマープローブです。
 ③は麻疹ウイルス単独で検出する場合、5'FAM-3'BHQ1修飾でも可能です。
 風疹ウイルスとの同時検出にご使用になる場合に、5'HEX-3'BHQ1を選択してください。
 ⑥はマニュアルでは5'FAM, 3'NFQ-MGBですが、5'FAM, 3'BHQ1-MGBで代替可能です。
 ※ 2 単品合成でのそれぞれ納品保証量です。MGBプローブは1.0 O.D.保証とその半量の0.5 O.D.をラインナップしました。
 O.D.値とはプライマー・プローブの量を表すものです。
 増量合成も承っておりますので、ご希望の際はお問い合わせください。
 ※ 3 反応数は、前述の病原体検出マニュアルに則った反応スキームを用いる場合のおよその反応数です。
 ※ 4 価格はそれぞれの納品保証量での税込み価格です。

▶ 前述の病原体検出マニュアルに則ったプライマー・プローブ配列情報と1反応 20 μL系PCRの終濃度と1反応あたりの終濃度と使用量

麻疹ウイルス用	(5'→3')		終濃度と1反応あたりの使用量	
① MVN1139F	TGGCATCTGAACCTCGGTATCAC	22mer	400nM = 0.4pmol/μL	8pmol/1反応
② MVN1213R	TGTCCTCAGTAGTATGCATTGCAA	24mer	400nM = 0.4pmol/μL	8pmol/1反応
③ MVNP1163P	(蛍光色素)-CCGAGGATGCAAGCTTGTTCAGA -(クエンチャー)	25mer	250nM = 0.25pmol/μL	5pmol/1反応
風疹ウイルス用	(5'→3')		終濃度と1反応あたりの使用量	
④ NS(32-54)Fwd	CCTAHYCCCATGGAGAACTCCT	23mer	900nM = 0.9pmol/μL	18pmol/1反応
⑤ NS(143-160)Rev	AACATCGCGCACTTCCCA	18mer	900nM = 0.9pmol/μL	18pmol/1反応
⑥ NS(93-106)Probe	(FAM)-CCGTGCGCAGTTGG-BHQ1-MGB	14mer	250nM = 0.25pmol/μL	5pmol/1反応

お申込み日： 年 月 日

依頼者名：	所属機関：	試薬取引業者(代理店)名称：(電話番号もご記入ください) ご要望 (送付先が異なる場合はこちらへご記入ください)
住所：		
電話番号：	E-mailアドレス：	
FAX番号：		