

(教職員用)

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

所 属 長 ㊟

所 属

講 座 名

申 請 者 名

カード番号

連 絡 先 7 - -

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟3階・4階実験室等利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの各実験室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。
なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

2. 利用目的

3. 施 設 ・ 部 屋 名

利用希望する部屋に○をご記入ください。

3階						4階	
010607	010606	010605	010603	010608	010604	010803	010806
検査部門 実験室1・2	検査部門 実験室3	検査部門 実験室4	検査部門 実験室5	電子顕微 鏡室	再生部門 実験室3	口腔関連疾 患解析室	遺伝子解析 関連実験室

※顎形態機能分析室、バイオクリーンルーム、低湿度飼料保管室については別様式となります。

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡

許可 ・ 不許可

どちらかに○を付けてください。

未来口腔医療センター長

㊟

(大学院生用)

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

主任教授 (印)

講 座 名

申 請 者 名

カード番号

連 絡 先 7 - -

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟3階・4階実験室等利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの各実験室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

1. 利用目的

2. 施 設 ・ 部 屋 名

利用希望する部屋の○をご記入ください。

3階				4階	
010606	010605	010603	010604	010803	010806
検査部門 実験室3	検査部門 実験室4	検査部門 実験室5	再生部門 実験室3	口腔関連 疾患解析 室	遺伝子解析 関連実験室

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡

許可 ・ 不許可

どちらかに○を付けてください。

未来口腔医療センター長

(印)

2023.11.1

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

所 属	歯学部
講 座 名	
主任教授	印

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟4階
顎形態機能分析室利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの顎形態機能分析室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

2. 研究テーマ及び利用目的

3. 施 設 ・ 部 屋 名 顎形態機能分析室(010807)

4. 利用者氏名(カード番号)

()	()
()	()
()	()

許可 ・ 不許可 どちらかに○を付けてください。 未来口腔医療センター 再生プロジェクト部門長 印	受付No.
---	---------------



許可 ・ 不許可 どちらかに○を付けてください。 未来口腔医療センター長 印

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡