未来口腔医療研究センター特殊実験室（機器含む）利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

職名・身分

カード番号

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連　絡　先

未来口腔医療研究センターの特殊実験室（機器含む）の利用を下記のとおり申請します。

　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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

〔機器名〕

|  |
| --- |
|  |
|  |

〔施設・部屋名〕使用される部屋に○を付けてください。

|  |
| --- |
| 1.　バイオクリーンルーム |
| 2.　低湿度試料保管室（遺伝子バンキングルーム） |

当機関に所属する上記の者が、標記の申請を行うことを承諾します。

　申請者の所属機関または部署の長の職・氏名・職印

　　　　　所属：　　　　　　　　　　職名：

　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　　月　　　日  回　答　書  　　　　　　　　　　　様  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長　長谷川　義明  未来口腔医療研究センター特殊実験室（機器含む）利用について、下記のとおり通知いたします。  承認　・　不承認 |

未来口腔医療研究センター特殊実験室（機器含む）利用申請について、ご承認頂ける場合は以下に押印をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前田  研究科長 | 嶋崎  ｾﾝﾀｰ幹事兼部門長 | 部門長 | | | | | | | | 低湿度  試料保管室 |
| 林達秀  准教授 | 三谷  教授 | 加藤  准教授 | 鶴田  准教授 | 夏目  特診教授 | 前田教授 | 成瀬教授 | 河合教授 | 長谷川義明  教授 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |