

年 月 日

医科学研究支援部門長 殿

遺伝子組換え実験責任者

所属

職名 氏名

E-mail

医科学研究支援部門 P1 実験室(組織培養室 1)利用申請書

下記の遺伝子組換え実験課題を実施するにあたり、学術支援センター医科学研究支援部門 P1 実験室(組織培養室 1)を利用したいので許可願います。尚、実験室間で遺伝子組換え生物等を運搬する際は容器等に密閉し、容器表面等に「取扱注意・遺伝子組換え生物等運搬中」と表示します。

記

研究課題名※ (予定を含む)	
実施予定期間	年 月 日 ~ (当該遺伝子組換え実験計画書終了まで)
実験従事者	当該遺伝子組換え実験計画書に同じ
使用予定機器等	<input type="checkbox"/> 遠心機 <input type="checkbox"/> 振とう培養機 <input type="checkbox"/> オートクレーブ <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項	・既に遺伝子組換え実験計画書・承認番号を取得している場合は記入してください。 承認番号()

※研究課題名は遺伝子組換え実験計画書と同一として下さい。

年 月 日

殿

医科学研究支援部門 P1 実験室利用承認通知書

上記の申請について、P1 実験室利用を承認します。

承認番号は、(MRS-D)です。

医科学研究支援部門長