施　設　見　学　願

鳥取大学研究推進機構先進医療研究センター　動物実験施設

受付番号：

受付日：　　　年　　月　　日

※太線枠内をご記入下さい。

|  |
| --- |
| 申込年月日：　　　年　　月　　日  見学者　　氏　名：  　　　　　所属機関名：  引率者　　氏　名：  　　　　　所属機関名：  見学希望日時：　　　年　　月　　日　　午前・午後　　　　～　　　時  見学の目的・内容（該当するものにチェックしてください。）：  　　□動物実験手技の見学　　□実験動物の観察　　　　□動物や手技の撮影  　　□基礎配属学生の見学　　□臨床配属学生の見学　　□実験機器類の点検  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  見学場所（室名）：　　　　　　　　階　　　　　　　　　　室 |

[注]　見学願は希望日の前日までに提出して下さい。

--------------------------------------------------------------------------

　　年　　月　　日

施 設 見 学 許 可 書

申請のあった上記見学を許可します。

鳥取大学研究推進機構先進医療研究センター　動物実験施設　実験動物管理者