鳥取大学研究推進機構先進医療研究センター　動物実験施設利用申請書（新規）

（必要事項を入力し、該当する □ を ■ に変更して下さい。記入後は、メール送信して下さい。）

　　　　　　　　　年　　月　　日

◆申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | （職名・課程） | |
| 氏　名 |  | |  | |
| 所属 |  | | | |
| 電話番号 |  | 内線番号（必須） | |  |
| E-mail |  | | | |
|  | | | |

◆利用者登録料

利用者登録料は、職員3,000円、学生1,000円です（年度毎）。

（※ご登録された月に利用者登録料が発生します。利用者負担金として請求）

支払責任者（※利用者負担金が発生する場合の経費負担者。本学の教職員に限ります。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | （職名） |
| 氏名 |  |  |
| 所属 |  | |

利用者登録料の支払経費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 財源名称注1 | ・予算中期大区分ｺｰﾄﾞ－予算中期中区分ｺｰﾄﾞ－予算科目ｺｰﾄﾞ  ・科研費の場合は課題番号－枝番 | 予算階層5名称またはコード |
|  |  |  |

注1）利用者負担金として登録済みのものは略称名をご記入ください。　例）：「授業料－研究」

◆「先進医療研究センター　動物実験施設」ICカードキーの発行 注2

□ 希望する　　　　□ 希望しない

注2）ICカードキーは、「先進医療研究センター　動物実験施設」及び「研究棟B(遺伝子実験施設)」で共通です。

初回発行は無料。紛失または破損した場合、再発行に800円掛かります（利用者負担金として請求）。

◆「先進医療研究センター　動物実験施設」現場講習の希望エリア

□ なし / □ BS / □ 免疫不全427室 / □ クリーン / □ 鳥取発バイオ（3階） /

□ ウサギ / □ 感染 / □　モルモット /□ X線照射装置

◆誓約書

研究推進機構先進医療研究センター長　殿

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利用の基本方針に基づき利用者登録の申請をします。なお、発行されたカードキー借用に際しては、動物実験施設利用マニュアルを遵守すること、動物実験施設利用終了後にカードキーを返却すること、カードキーを紛失した場合は申し出ることを誓約します。

　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（自署\*）

\*カードキーをお渡しするときに署名をいただきます。

動物実験施設記入欄

教育訓練履歴

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設定エリア | BS | とっとり発  バイオ | 免役不全  （427） | クリーン | ウサギ | 感染 |  |
| 担当者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 日　付 |  |  |  |  |  |  |  |

資格No. 001　002　003　004　005　006　007　008　009　011　012　013　014　015　016　017　018

　019　020 021 022 027

備考欄（カードキー紛失履歴/登録復活/カードキー再発行履歴等）