信州大学基盤研究支援センターオープンラボラトリー利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

信州大学基盤研究支援センター長　殿

実験責任者／組織代表者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・職： |  |
| 氏　　名： |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※学外利用の場合、組織の代表者名を記入してください（押印不要）。

「信州大学基盤研究支援センターオープンラボラトリー利用細則」、「信州大学基盤研究支援センターオープンラボラトリー利用に係る遵守事項」等を遵守することを条件として、下記の通り利用を申請します。

１．利用目的　※学外の利用者がいる場合には、当該利用者の所属先と信州大学との共同研究契約に関する情報（①契約締結日、②研究代表者（信州大学研究者）の所属部局・職・氏名、③研究題目）についても本欄に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

□本利用が医療機器開発・健康産業の発展に寄与するものであることを確認しました。（全ての申請者がチェック）

□学外の利用者は、上記分野において信州大学との共同研究契約を締結しその一環として研究を行うものであることを確認しました。（学外の利用者がいる場合にチェック、学内の利用者のみの場合はチェック不要）

２．利用を希望する設備

|  |
| --- |
| 実験スペース　　　スペース、事務用デスク　　　台、室内設置機器　　　式 |

３．主に使用する室内設置機器※２で室内設置機器の利用を希望する場合

|  |
| --- |
|  |

４．実施する実験等の概要

|  |
| --- |
|  |

５．使用する試料の種類(生物、化学物質等)

|  |
| --- |
|  |

※生物（動物については飼育を伴わない処置に限る）、毒物、劇物、有機溶剤、特定化学物質、危険物、有害物質等について記載してください。

６．遺伝子組換え実験の有無　□有（拡散防止措置の区分：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（遺伝子組換え実験計画書 承認番号:　　 　　　 　）

　□無

７．動物実験の有無　　　　　□有（動物実験計画承認申請書 承認番号: 　　　　　　　）

□無

※６，７について、有を選択した場合は承認済み計画書の写しを添付してください。

８．研究用微生物取扱の有無　□有（□BSL1　□BSL2（届出代表者・届出日:　 　 　　　 　 ））

□無

※遺伝子組換え生物ではない研究用微生物について記入してください。

９．利用者※最上段に実験責任者（連絡担当者）を記載。入室ｶｰﾄﾞ発行数及び同時入室人数は１ｽﾍﾟｰｽ毎に3枚/3人を上限とする。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属・職 | 連絡先（電話番号） | e-mail | 入室ｶｰﾄﾞ要否 |
|  |  |  |  | □要 □不要 |
|  |  |  |  | □要 □不要 |
|  |  |  |  | □要 □不要 |

10．利用期間　※最長１年間（学外者は共同研究期間内に限る）。但し翌年度以降の利用期間については短縮又は取り消す場合がある。

年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　（　　　年　　　ヶ月　　　日間）

11．請求書送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 宛名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　電話（　　　　-　　　　） |

12．その他連絡事項

13．変更履歴（再申請の場合に使用）

※利用申請書の記載事項の変更に伴い再申請を行う場合、本欄に「再申請の日付：変更箇所及び変更内容」を簡潔に記載してください。再び変更する場合は、前回の変更履歴は削除せず、文末に新たな変更内容を追記してください。

　＜例＞●年●月●日：「〇．○○○○」欄に○○○○を追加。

＜以下、事務担当使用欄＞

承認日　　　　　年　　　　月　　　　日　　確認