

# 保健科学研究所 遺伝子組換え・細胞培養実験室使用申請書

令和 年 月 日

保健科学研究所 中央研究室長 殿

研究代表者（研究責任者）：

（所属分野・職）

（氏名）

（連絡先）

電話：

E - mail：

保健科学研究所遺伝子組換え・細胞培養実験室を下記のとおり使用したいので承認願います。

記

|               |                     |                |
|---------------|---------------------|----------------|
| 使用者氏名         | 所属・職名・学年            | メールアドレス・内線 ※ 1 |
|               |                     |                |
|               |                     |                |
|               |                     |                |
|               |                     |                |
|               |                     |                |
|               |                     |                |
| 研 究 課 題 名     |                     |                |
| 研 究 内 容       |                     |                |
| 使 用 細 胞 ※ 2   |                     |                |
| 使 用 期 間 ※ 3   | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 |                |
| 使 用 機 器 ・ 設 備 |                     |                |
| 備 考           |                     |                |

※1 北大ドメインのメールアドレスを持っている人は、そちらを記入してください。

※2 プライマリーセルの使用は認めていません。

※3 使用期間は年度内です（年度毎に申請してください）。