

休日の実験室使用願い

令和 年 月 日

保健科学研究所 中央研究室長 殿

申請者（使用責任者）：
（所属分野・職）
（氏名）
（連絡先） 電話： ⑨ E-mail：

休日において実験室を下記のとおり使用したいので承認願います。
なお実験室使用にあたり、教官等スタッフが立ち会えない場合、実験中の事故に関して申請者が一切の責任を負います。

記

使 用 者 氏 名 (所属・職・学年等)		
使 用 実 験 室 (○ を 付 け る)	コア・リサーチ・ラボ 遺伝子組換え・細胞培養実験室	
作 業 内 容		
使 用 日 時	令和 年 月 日 ： ～ ：	
使 用 機 器 ・ 設 備		
備 考		

使用時間は必ず記入してください。時間は良識の範囲内とし、使用後に管理者が使用状況を確認します。長時間使用するには、事前に必ずご相談ください。