東京医科歯科大学・医歯学研究支援センター

**カールツアイス超解像顕微鏡操作講習会申込用紙**

1. **時間帯の選択**：講習は同じ内容で2回行われます。好都合な時間帯をお選びください。

　 6月9日（木）午後　①13：30～15：00 　②15:30～17:00

第１希望　[ ]

第2希望　[ ]

２．**講座名・分野名**

３．**連絡先（内線）**

４．**e-mailアドレス**

５．**氏　　　　　名**

６．**連 絡 先**：医歯学研究支援センター機器分析部門　電子顕微鏡室

　　　　　　　TEL：03-5803-5792 FAX: 03-5803-0232

e-mail: mimata.bioa@cmn.tmd.ac.jp