形態機能解析室利用者登録申込書

所　属		連絡先（ext.）
ふりがな		E.mail
氏　名		

利用機器（チェックを入れて下さい）

- □ 蛍光顕微鏡
- □ 共焦点レーザー顕微鏡
- □ ミクロトーム
- □ クリオスタット
- □ 定量的PCR
- □ その他（　　）

形態機能解析室　E-mail:labo.lacf@mri.tmd.ac.jp

◎卒業、転出などで形態機能解析室を利用されなくなる時は、担当者に連絡してください。

形態機能解析室時間外施設利用許可願い

所属 _____

氏名 _____

連絡先 _____

申し込み日 _____

利用日 _____

使用機器 _____　　使用時間 _____