（第２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式１

**リサーチコアセンター設備利用申請書**

　　年　　月　　日

　東京医科歯科大学　リサーチコアセンター長　殿

リサーチコアセンターの使用について、下記のとおり申請しますので、承認願います。なお、利用に際しては貴学の規則等を遵守します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 企業等機関名 |  |
| 使用責任者名 | 　　　　　　　　　　　 | 職名 |  |
| 連絡先 | 住所 | （〒　　　　　　） |
| TEL |  | e-mail |  |
| 使用者名 | 所属機関名 | 職名 | 氏名 | 連絡先(電話、e-mail等) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 利用料金請求先 | 住所 | （〒　　　　　　） |
| 氏名 |  | 所属 |  |
| TEL |  | e-mail |  |
| 使用期間(最大1年度) | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 使用目的(研究内容概等) |  |
| 持ち込み試料 | □　組織　□　細胞　□データ　□　その他（　　　　　　） |
| ヒト試料の有無 | □　有　□　無※有の場合、倫理承認が得られている事が分かる書類の写しをご提出ください。※承認日、研究期間、申請機関名、審査機関名必須。その他の項目は黒塗り可。 |
| 本学委員会での承認が必要な試料の有無 | 持ち込み対象が以下のいずれかに該当する場合は、本学内の各種委員会で承認を得た対象物である必要がありますので、チェックの上、委員会に申請した計画書の承認番号を記載してください。(本学委員会での承認を得ていない場合は、実験を行うことが出来ません。)* 遺伝子組換え生物　□　病原微生物試料　□　特定病原体試料　□　該当無し

（承認番号：　　　　　　　　　） |
| 使用部門 | * イメージングユニット　　　　□　組織解析ユニット
* 遺伝子解析ユニット　　　　　□　スクリーニングユニット
* 細胞分離ユニット　　　　　　□　プロテオームユニット
* アイソトープユニット（マイクロCT等）
* シェアリング機器（島津製作所、エビデント）
 |