年　　月　　日

　　　　　　　　搬入届出書

動物実験責任者

所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　印

連絡先（内線）

以下の機器を、疾患モデル教育研究サポートセンターへ搬入したいのでお願いいたします。

なお期間終了後は、施設より搬出いたします。

機器名

搬入場所

搬入担当者

搬入業者

期　間　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日

搬入理由

　提出先：疾患モデル教育研究サポートセンター 管理室

|  |  |
| --- | --- |
|  | 受付日 |
|  | 月　日 |