年　　月　　日

**病態モデル先端医学研究センター　サテライト**

**新規登録**

**入室　　　　　　　　申請書**

**登録解除**

**□ ＳＰＦエリア**

**□ コンベンショナルエリア**

**◎申請に際しては、動物実験計画書に名前が記載されていることが前提です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属（学部・講座） | |  | |
| 研究責任者 | | 印 | |
| 申請者 | 職名 |  | |
| ふりがな  氏名 | 印 | |
| 講習会受講日 | |  | |
| 動物実験計画書  承認番号＊1 | |  | |
| 職員番号  （大学院学籍番号） | |  |  |
| 連絡先 | | 電話番号（内線） | |
| e-mail　＊2 | |
| ペット等の飼育  （　有 ・ 無　）＊3 | | ペット等の動物種： | |

＊1 申請者が研究責任者または実施分担者になっている計画書の承認番号を記載してください。

＊2 記載されたe-mailアドレスは、自動的に本センターのメーリングリスト（mlcamhd）に登録されます（携帯のアドレスは登録できません）。アドレスを複数お持ちの方は、本学のアドレスを優先して記入してください。

＊3 ペット飼育者は、別に注意事項の配布もしくは説明会への出席をご案内することがあります。

【注】飼育室使用にあたっては、使用を開始する前に「利用説明会」を受けてください。

申請書提出に当たり、下記の項目を遵守ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登　録 | 削　除 |
|  | 月　　日 | 月　　日 |

１．職員証は他人に貸与しないでください。

２．登録が不要になった場合は、直ちに登録削除を申請してください。

提出先：病態モデル先端医学研究センター 　管理室