

共同利用研究推進施設入室カードキー 新規交付申請書

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

藤田保健衛生大学
共同利用研究推進施設 施設長 殿

申請者

所属

職名

職員番号

連絡先（学内電話）

連絡先（携帯電話※）

氏名 印

※ 個人情報を遵守し、連絡先（携帯電話番号）は緊急時以外に使用しません。

共同利用研究施設のカードキー管理規約を遵守し、以下の共同利用研究施設への入室管理カードキーの交付を申請します。

利用を希望される施設（研究室）の□にチェック☑を付けてください。

医学部 1 号館 317 中央研究センター	医学部 1 号館 104 フリーザー保管室	医学部 1 号館 114 病理標本作製室	医学部 1 号館 115 電子顕微鏡室	医学部 1 号館 305 バイオセーフティレベル 2 研究室

医学部 3 号館 106 疾患遺伝子網羅的解析センター				

新しく設置される施設（病理標本作製室 114 号室、電子顕微鏡室 115 号室、フリーザー保管室 104 号室）に関しましては、従来の共利研カードキーではなく職員証での入室管理となります。開設時よりご使用いただけます。

許可印

共利研施設長

事務措置欄

カード番号

カード登録日 年 月 日

担当者 印

内容 新規カードキー交付料 3,000 円

連絡欄

事務責任者