年　　月　　日

動物実験技術等支援依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（学部・講座） |  |
| 研究責任者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 申 請 者 | 職　名　： |
| ふりがな氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 動物実験計画書承認番号 |  |
| 連 絡 先 | 電話番号（内線）　： |
| E-mail　： |
| 希望技術支援内容（希望する技術を選択してください） | 動物実験（マウス・ラット）□経口投与（□単回 □複数回：　　　　　　　　　　　　　　　）□腹腔内投与（単回）　□皮下投与（単回）□静脈内投与（単回）□細胞移植□部分採血（原則単回採血）　　 □全採血□採材（□還流固定　　□固定なし）□手術時の麻酔□手術手術内容を記載（応談）： |
| 培養□マウスES細胞　　　　　　　　 □ラットES細胞培養条件を記載： |
| その他□個体識別（イヤーパンチ、アニマルマーカー等）□体重測定：1回/週□摂餌量測定：1回/週　　　　　□摂水量測定：1回/週□混餌による試料投与（繰り返し投与については応談）□混水による試料投与（繰り返し投与については応談） |

　　　　提出先：病態モデル先端医学研究センター 管理室

担当者　　　センター長　　　管理室