

申請日 年 月 日

藤田医科大学

オープンファシリティセンター長 殿

## フリーザー保管室入室申請書

フリーザーNo. \_\_\_\_\_

|                  |        |  |        |   |
|------------------|--------|--|--------|---|
| 申請者              | 職員番号   |  | フリガナ   |   |
|                  | 所属・職名  |  | 氏名     | 印 |
|                  | 電話(内線) |  | e-mail | @ |
| 講座責任者<br>(費用負担者) | 所属・職名  |  | 氏名     | 印 |

### フリーザー室利用者

| 職員番号 | 氏名 | 職名 | 職員番号 | 氏名 | 職名 |
|------|----|----|------|----|----|
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |
|      |    |    |      |    |    |

※講座外の利用者については、所属講座を明記する事

|       |    |
|-------|----|
| センター長 | 事務 |
|       |    |