研究基盤支援施設・利用申請書

金沢大学疾患モデル総合研究センター研究基盤支援施設長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用料金請求先 | 所属機関名　・部局・講座名 | 氏名 | 職名 |
|  |  |  |
| 電話番号 | E-mail　アドレス |
| （）- |  |
| 実験責任者 | 氏名 | E-mail　アドレス | 職名 |
|  |  |  |
| 利用者 | 氏名 | E-mail　アドレス | 職名・学年 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 使用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　年　　　月　　　日 | | |
| ※研究テーマ  (公表可能なもの) |  | | |
| 利用希望機器に  ✓をつける | 2階 | | |
| 【機器室B】　　　 **□** 蛍光顕微鏡(Olympus BX51)  **□** Covaris S2，  **□** パルスフィールド電気泳動装置CHEF-DRII[BioRAD] | | |
| 3階 | | |
| 【P1微生物実験室】**□** パーティクルガン(BioRad)  【P1細胞培養室】　**□** エレクトロポレーター  【機器室A】　 　　**□** マイクロアレイスキャナー  【実験準備洗浄室】 **□** ナノドロップ  **□** Agilent 2200 Tapestation  **□** LAS 500ルミノ・イメージアナライザー  **□** Maxwell RSC | | |
| 4階 | | |
| 【共通実験室1】 **□** 超遠心機 | | |
| 【その他】（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）具体的な使用機器を記入してください。 | | |
| **研究基盤支援施設内で、**遺伝子組換え実験を行う場合は下記について記入してください。  遺伝子組換え実験課題名：  承認番号：  (研究基盤支援施設での利用実験室記載がある承認済み遺伝子組換え実験計画申請書と確認書のコピー提出をお願いします) | | |
| 許可条件  (施設使用欄) |  | | |

下記の通り研究基盤支援施設の利用を申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年月日

年　　　月　　　日　受領

年　　　月　　　日　許可

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決 裁 欄 | 施　設　長 | 組換え  DNA実験  安全主任者 |
|  |  |

(注)　太枠内は記入の必要はありません。