様式７−１

遺伝子組換え生物等 (第二種使用等) の譲渡等の情報提供書

　　年　　月　　日

所属機関:

所属・職:

(受け入れ側の責任者) 殿

実験管理者

所属機関:

所属・職:

氏名:

所属機関の住所:

連絡先 (電話/FAX):

e-mail:

　福井大学において今回の譲渡等にあたり，第二種使用等をしている以下の遺伝子組換え生物等につき，「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」第二十六条及び「同法施行規則」第三十二条に基づき，必要な情報を提供いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大臣確認の要否 | | □要　□不要　※要の場合は事前に譲受者の機関で大臣確認が必要 |
| 遺伝子組換え生物等の特性 | 組換え生物等名 |  |
| 核酸を供与する生物種名 |  |
| 供与核酸名 |  |
| ベクター等使用の有無 | □有　□無  (有の場合記入: ) |
| 宿主 |  |
| 拡散防止措置の区分 | |  |
| 本学における機関承認番号  承認日 | | 承認番号:  承認日: 年　　月　　日 |
| 数量等 | |  |
| 搬入予定日 | | 年　　月　　日 |
| 譲渡等の目的 | | □共同研究　□他研究機関等への譲渡　□凍結保存  □クリーニング　□微生物検査　□その他: |
| 詳細な情報 (注１) | | □有 ( ) 　□無 |
| その他  (譲受者が当該遺伝子組換え生物等を適切に取り扱うために提供することが必要と判断される情報等，あるいは施行規則第十六条第一号，第二号又は第四号に基づく使用をしている等) | |  |

(注１) 高レベルの拡散防止措置，大臣確認等，あるいは相手機関の求めがあった場合は，詳細情報 (本学における実験申請書の写し等) を添付するものとする。