年　　月　　日

福井大学

ライフサイエンス支援センター長　　殿

機関（企業）名：

機関（企業）住所：

代表者職名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**ライフサイエンス支援センターバイオ実験機器部門の利用について（依頼）**

下記の者が、貴学ライフサイエンス支援センターバイオ実験機器部門の機器又は支援業務（以下「機器等」という。）を利用したいので、許可くださるようお願いいたします。

なお、利用の際は「福井大学ライフサイエンス支援センターバイオ実験機器部門要項」を遵守し、担当職員の指示に従います。

また、故意又は重大な過失（マニュアルと異なる利用方法を含む）により、機器等を破損又は故障させた場合は、修理費の全額を負担します。

記

１．利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | ふりがな  氏　名 | 電話番号 | E-mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２．解析サンプル（該当するものに〇印をしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 種　類 | ヒト　・　マウス　・　ラット　・　その他（　　　　　　　　　） |
| 遺伝子組換えレベル | P1　・　P2　・　 無　・　不明※ |
| BSレベル | BSL1　・　BSL2　・　無　・　不明※ |
| 感染性の有無 | 有（病原体の名称：　　　　　　　　）　・　無　・　不明※ |
| 固定の有無 | 有（固定液の名称：　　　　　　　　）　・　無　・　不明※ |

※不明な場合はご相談ください。

３．利用期間　　　　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日

４．利用機器等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択 | 利用機器　または　支援業務（試料数） | 試料数 |
| 機器利用  支援業務 |  | 個 |
| 機器利用  支援業務 |  | 個 |
| 機器利用  支援業務 |  | 個 |

＜留意事項＞

1. 利用をご希望する場合は、本依頼の申請前に下記の問合せ先までご連絡ください。
2. 利用期間は申請日の当該年度内を上限とし、年度ごとにご提出ください。
3. 「4. 利用機器等」には、利用する機器名、支援業務、試料数をご記入してください。（記入にあたっては、「機器利用料」：[kiki-ichiran.pdf (u-fukui.ac.jp)](https://www.med.u-fukui.ac.jp/wp-content/uploads/bio/gakugaisyariyou/kiki-ichiran.pdf)、「受託・分析料」：[siengyoumu.pdf (u-fukui.ac.jp)](https://www.med.u-fukui.ac.jp/wp-content/uploads/bio/gakugaisyariyou/siengyoumu.pdf)をご覧ください。）
4. 支援業務を依頼する場合は、試料数を記入してください。
5. 本依頼書の記載内容に変更が生じる場合は、すみやかにご連絡ください。

【問合せ先】ライフサイエンス支援センターバイオ実験機器部門管理室

TEL：0776-61-8421　　MAIL：bio#ml.u-fukui.ac.jp

※メールでお問い合わせの際は、メールアドレスの#を半角@マークに置き換えてください