

## 遺伝子実験施設利用申請書

令和 年 月 日

遺伝子実験施設長 殿

|                 |  |
|-----------------|--|
| 申請者 (*教授等研究代表者) |  |
| 所属・役職           |  |
| 申請者 E-mail      |  |
| 電話番号 (内線番号)     | (内線 )  |
| キャピラリーシーケンスサービス | <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない   |
| 利用期間            | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日   |
| 利用者 (氏名、身分)     | 例: 共同 花子 (D1)  |
| ※ 受理年月日         | 令和 年 月 日   |
| 備 考             | <p>*申請者は利用料が発生した場合に支払いを行う教授等の実験責任者に限ります。</p> <p>*利用料が発生する機器やサービスを使用する場合は、利用料請求先 [事務担当者] を必ず記入してください。</p> <p>共同利用機器利用料請求先 [事務担当者]<br/>氏名: (内線 )<br/>E-mail:</p> <p>*施設の利用期間は 3 年以内とし、3 年を越える場合は改めて申請してください。</p> |

注) メールで「kyoudouriyou@gene.nagoya-u.ac.jp」までお送りください。