

遺伝子研究施設・受託解析利用申請書

金沢大学学際科学実験センター遺伝子研究施設長 殿

〇〇年 〇月 〇〇日

下記の通り遺伝子研究施設の利用を申請します。

利用料金請求先	所属機関名		氏名		職名
	〇〇大学		金沢 太郎 印		
	部局・講座名		電話番号		
	〇〇学部 〇〇講座		(〇〇〇) 〇〇- 〇〇〇〇		
	所属先住所(※金沢大学以外の場合)		E-mail アドレス		
〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番地		〇〇〇@〇〇〇〇〇〇.ac.jp			
実験責任者	氏名		E-mail アドレス		職名
	石川 花子		〇〇〇@〇〇〇〇〇〇.ac.jp		准教授
利用者	氏名		E-mail アドレス		職名・学年
	能登 次郎		〇〇〇@〇〇〇〇〇〇.ac.jp		大学院生・ 修士2年
	白山 美子		〇〇〇@〇〇〇〇〇〇.ac.jp		大学院生・ 修士1年
			@		
			@		
使用期間	〇〇年 〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇〇日				
※研究テーマ (公表可能なもの)	1. 肝がんにおける ABC 遺伝子の発現制御機構の解明				
	2.				
	3.				
希望の解析に ✓をつける ☑または■にする	<input type="checkbox"/> DNA シークエンス解析・ <input checked="" type="checkbox"/> 質量分析・ <input type="checkbox"/> マイクロアレイ解析				
許可条件 (施設使用欄)					

利用予定の受託解析,
全てに✓を入れる。

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。