

山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所  
生化学解析センター利用申請書

記入日をご記入ください

令和 年 月 日

山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所生化学解析センター長 殿

山形大学医学部メディカルサイエンス推進研究所生化学解析センター運用細則第2条第2項に基づき申請します。

前年度より継続利用の場合は「継続」に、新規登録者は「新規」にチェックしてください

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更		登録番号*センター記入		
利用申請者	氏名	生 化 太 郎		職名 (学年)	助教
	所属	生化学解析センター		電話	5474
	E-mailアドレス	xxxx@med.id.yamagata-u.ac.jp			
利用責任者 (指導教官)	氏名	生 化 学		職名	教授
	所属	生化学解析センター		電話	5474
	E-mailアドレス	yyy@med.id.yamagata-u.ac.jp			
組換えDNA実験 または動物実験 を実施する 場合 (注)	組換えDNA実験	<input type="checkbox"/> 該当なし <input checked="" type="checkbox"/> 該当あり 承認番号: XX-XXX			
	動物実験	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり 承認番号:			
年間利用登録	利用予定機器にチェックを入れてください。 **各機器3000円/年/講座	<input checked="" type="checkbox"/> プロテオーム解析 (nano-LC/ Q-exactive MS) <input type="checkbox"/> 低分子解析 (HPLC Ultimate300/ Q-exactive MS) <input type="checkbox"/> 共焦顕微鏡 (SPYDER) 該当の機器利用が予定される場合に記入してください			

(注) センター内で組換え DNA 実験または動物実験を実施する場合は、実験承認番号を必ず記載ください。

\*は、センターで記入。 \*\*講座単位での請求になります。

生化学解析センターの使用を許可します。

令和 年 月 日

生化学解析センター長 小原 祐太郎