

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

平成 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、今年度新規登録者は「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	メディカルサイエンス推進研究所 生化学解析センター	電話	5474
	E-mailアドレス	seika-xxxxx@med.id.yamagata-u.ac.jp センターからの連絡に必須ですので必ずご記入ください		
利用責任者 (指導教官)	氏名	生化学 ㊞	職名 (学年)	教授
	所属	メディカルサイエンス推進研究所 生化学解析センター	電話	5474
	E-mailアドレス	seika-xxxxx@med.id.yamagata-u.ac.jp センターにて遺伝子組み換え実験を行う場合必ずご記入ください		
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: 例) 28-xxx		
	動物実験	<input type="checkbox"/> 該当なし <input checked="" type="checkbox"/> 該当あり 承認番号: 例) 28xxx		

(注) センター内で組換え DNA 実験または動物実験を行う場合必ずご記入ください  
\*印は、センターで記入。

生化学解析センターの使用を許可します。

平成 年 月 日

生化学解析センター長 藤井 順逸 ㊞