**休日の実験室使用願い**

平成　　年　　月　　日

保健科学研究院　中央研究室長　殿

申請者（使用責任者）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （所属分野・職） |  |  |
| （氏名） |  | ㊞ |
| （連絡先） | 電話： | E‐mail： |

　休日において実験室を下記のとおり使用したいので承認願います。

なお実験室使用にあたり、教官等スタッフが立ち会えない場合、実験中の事故に関して申請者が一切の責任を負います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用者氏名  （所属・職・学年等） |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 使用実験室  （○を付ける） | コア･リサーチ・ラボ　　　　遺伝子組換・細胞培養実験室 | |
| 作業内容 |  | |
| 使用日時 | 平成　　年　　月　　日　　：　 　～　 　： | |
| 使用機器・設備 |  | |
| 備考 |  | |

使用時間は必ず記入してください。時間は良識の範囲内とし、使用後に管理者が使用状況を確認します。長時間使用する際には、事前に必ずご相談ください。