令和　　年　　月　　日

滋賀医科大学実験実習支援センター機器利用申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用機器  機器名称を記入願います。 |  | |
| 利用期間 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　時 〜　　　時 | |
| 令和　　年　　月　　日（　）〜 令和　　年　　月　　日（　）  　上記期間のうち、　○日（○回） | |
| 利用者情報  機器を使用される方に  ついて記載願います。 | 氏　　名 |  |
| 部署等名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 利用詳細内容  差支えのない範囲で  記載願います。  （別紙添付も可） |  | |

国立大学法人滋賀医科大学長　殿

　申請者

住　　　所：

会社等名：

利用責任者

役職・氏名：

　下記のとおり、機器の利用を承認していただくよう申請します。

　なお、機器の利用にあたっては、「滋賀医科大学実験実習支援センター機器部門利用内規」及び「滋賀医科大学実験実習支援センター機器利用遵守事項」を遵守することを誓約いたします。

記