

(教職員用)

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

所 属 長 印

所 属

講 座 名

申 請 者 名

カード番号

連 絡 先 7 - -

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟3階・4階実験室等利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの各実験室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

2. 利用目的

3. 施 設 ・ 部 屋 名

利用希望する部屋に○をご記入ください。

3階						4階		
010607	010606	010605	010603	010608	010604	010803	010805	010806
検査部門 実験室1・2	検査部門 実験室3	検査部門 実験室4	検査部門 実験室5	電子顕微 鏡室	再生部門 実験室3	口腔関連疾 患解析室	生態環境模 擬適合性試 験室	遺伝子解析 関連実験室

※顎形態機能分析室、バイオクリーンルーム、低湿度飼料保管室については別様式となります。

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡

許可 ・ 不許可
どちらかに○を付けてください。
未来口腔医療センター長
三谷 章雄 印

(大学院生用)

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

主任教授

印

講座名

申請者名

カード番号

連絡先 7 - -

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟3階・4階実験室等利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの各実験室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利用期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

1. 利用目的

2. 施設・部屋名

利用希望する部屋の○をご記入ください。

3階				4階		
010606	010605	010603	010604	010803	010805	010806
検査部門 実験室3	検査部門 実験室4	検査部門 実験室5	再生部門 実験室3	口腔関連 疾患解析 室	生態環境模 擬適合性試 験室	遺伝子解 析関連実 験室

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡

許可 ・ 不許可

どちらかに○を付けてください。

未来口腔医療センター長

三谷 章雄 印

2022.4.1

(教職員用)

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

<利用申請者>

所 属 歯学部

講 座 名

主任教授 印

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟4階
顎形態機能分析室利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの顎形態機能分析室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

2. 研究テーマ及び利用目的

3. 施 設 ・ 部 屋 名 顎形態機能分析室(010807)

4. 利用者氏名(カード番号)

()	()
()	()
()	()

許可 ・ 不許可	受付No.
どちらかに○を付けてください。	
未来口腔医療センター 再生プロジェクト部門長 林 達秀 印	



許可 ・ 不許可
どちらかに○を付けてください。
未来口腔医療センター長
三谷 章雄 印

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡

年 月 日

愛知学院大学大学院歯学研究科

未来口腔医療研究センター所長 殿

＜利用申請者＞

所 属 歯学部

講 座 名

主任教授 印

愛知学院大学楠元キャンパス歯学部基礎棟4階
顎形態機能分析室利用登録申請書

未来口腔医療研究センターの顎形態機能分析室(機器含む)の利用を下記のとおり申請いたしますので、ご許可いただきますようお願いいたします。

なお、機器・施設の利用に際しては未来口腔医療研究センター利用規則を遵守するとともに、使用に伴う一切の責任を負います。

記

1. 利 用 期 間 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

2. 研究テーマ及び利用目的

3. 施 設 ・ 部 屋 名 顎形態機能分析室(010807)

4. 利用者氏名(カード番号)

()	()
()	()
()	()

許可 ・ 不許可	受付No.
どちらかに○を付けてください。	
未来口腔医療センター 再生プロジェクト部門長 林 達秀 印	

⇒

許可 ・ 不許可
どちらかに○を付けてください。
未来口腔医療センター長
三谷 章雄 印

事務室受付印	事務室処理	申請者連絡