

年 月 日

未来口腔医療研究センター所長 殿

所属

職名・身分

カード番号

氏 名 (印)

連 絡 先

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。

1. 利用期間 西曆 年 月 日 ~ 西曆 年 月 日

2. 研究テーマ及び利用目的

〔機器名〕

〔施設・部屋名〕 使用される部屋に○を付けてください。

1. バイオクリーンルーム
2. 低湿度試料保管室（遺伝子バンキングルーム）

申請者の所属機関または部署の長の職・氏名・職印

所属： 職名：
氏名： 印

西曆 年 月 日

回 答 書

様

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長 長谷川 義明

未来口腔医療研究センター特殊実験室（機器含む）利用について、下記のとおり通知いたします。

承認 ・ 不承認

未来口腔医療研究センター特殊実験室（機器含む）利用申請について、ご承認頂ける場合は以下に押印をお願いいたします。

[illegible]