医学研究科電子顕微鏡室　利用申請書

依頼に於いては医学研究科附属総合解剖センター電子顕微鏡室利用負担金等内規を遵守します。

1. 所属分野名：

 分野責任者： 　　　　　　　　印

　　　電話番号：

　　　E-MAIL：　　　　　　＠

　　　※分野責任者（通常は教授）は電顕室利用料の支払責任者となります。また、利用者の不注意に

より機器の故障や破損が生じた場合は、分野責任者に修理費の支払いを求めることがあります。

2. 利用期間　20　　年　　月　　日～ 一年間（20　　年　　月　　日まで）

3.　利用者名：

（身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

指導教員名：

（身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

使用希望機種（何れかを○で囲んでください）

　　　　　透過型電子顕微鏡（TEM）・走査型電子顕微鏡（SEM）・集束イオンビーム走査型電子顕微鏡（FIB-SEM）

研究テーマ（具体的に何を見たいか・どこを中心に観察したいか等ご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

利用者名：

（身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

指導教員名：

（身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

使用希望機種（何れかを○で囲んでください）

　　　　　透過型電子顕微鏡（TEM）・走査型電子顕微鏡（SEM）・集束イオンビーム走査型電子顕微鏡（FIB-SEM）

研究テーマ（具体的に何を見たいか・どこを中心に観察したいか等ご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

 利用者名：

 （身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

 指導教員名：

 （身分）　　　　TEL:　 E-MAIL:　　　　　＠

 使用希望機種（何れかを○で囲んでください）

　　　　 透過型電子顕微鏡（TEM）・走査型電子顕微鏡（SEM）・集束イオンビーム走査型電子顕微鏡（FIB-SEM）

 研究テーマ（具体的に何を見たいか・どこを中心に観察したいか等ご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

4.　事務担当者名

　　　TEL:　 　　　　　　　 E-MAIL:　　　　　＠

2019年（令和元年）度より、2月上旬から3月31日まで依頼分の支払経費は原則として運営費のみとさせていただきます。

ご理解の程お願い申し上げます。

（ご承認サイン）　　　　年　　月　　日　氏名：

※事務担当者がご承認ください。（支払責任者が承認してくださっても構いません。）

事務担当者が交代される際には後任者にも上記内容をお伝えください。

　上記支払方法が困難な場合は電子顕微鏡室までお問い合わせください。