|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式1の3 |  |  |  |  |
|  |  |  | 部局整理番号 | 　　　　　　　　 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 遺伝子組換え実験従事者変更届 |
|  |  | 実験責任者所属部局・職・氏名 |  |
|  |  | 連絡先TEL： |  |
|  |  | 　　　e-mail： |  |
| 課題名（承認番号） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 氏名 | 所属部局・職名 | BSL2以上の微生物取扱経験の有無＊ | 遺伝子組換え実験を開始した時期（　　　年　　月） | 遺伝子組換え実験安全教育受講番号 |
|  |  |  |  |  |

＊ 「研究開発等に係る遺伝子組換え生物等の第二種使用等に当たって執るべき拡散防止措置等を定める省令の規定に基づき認定宿主ベクター系等を定める件（平成16年文部科学省告示第7号）」の別表第２の区分２，３に該当する微生物の取扱経験の有無を記載願います。