別紙1（第6条第2項及び第9条第2項関係）

令和　年　月　日

琉球大学医学部再生医療研究センター西普天間キャンパス共用研究室等　使用申請書

琉球大学再生医療研究センター長　殿

利用申請代表者

所属機関：

職名・氏名：

電話番号：

　琉球大学医学部再生医療研究センター西普天間キャンパスの共用研究室等を使用したいので申請します。なお、使用にあたっては、「琉球大学医学部再生医療研究センター西普天間キャンパス共用研究スペース運用内規」を遵守します。

1．使用概要

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的 |  |
| 使用期間 | 令和　年　月　日～　令和　年　月　日 |
| 申請者※研究代表者が学外使用者の場合は、本学の研究監督者も記入すること | （研究代表者）　所属：　氏名：　電話：（本学の研究監督者）　所属：　氏名：　電話： |
| 使用希望室名 |  |
| 搬入機器名及び目的（配電図・電気容量等は「オープンラボ及びCPCゾーン利用計画図」の項目に記載すること） |  |
| オープンラボ及びCPCゾーン利用計画図 |  |
| 使用料支払い方法 | □共同研究費　　□受託研究費　　□寄附金　　□補助金・基金□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用料請求先 | 宛名：送付先： |
| 使用料支払い方法 | □毎月払い　　□一括払い |
| 備考 |  |

2．使用予定機器の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 機器名称 | 大きさ(W×D×H) | 重量(kg) | 電気容量(kW) |
| 単相100V | 単相200V | 三相200V |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |