利用申請書

令和　　年　　月　　日

琉球大学病院放射線部　部長

○○○○○　殿

 所　属：

申請者：

研究課題名：

琉球大学臨床研究倫理審査委員会の承認番号：

使用するMRI装置 ：1.5T（Magnetom Avanto），3T（Discovery750），

　　　　　　　　　 3T（Ingenia Elition）

使用するCT装置 ：320列（Aquilion ONE），

　　　　　　　　　 160列超高精細CT（Aquilion Precision）

（いずれかに○をつける。）

予　定　期　間　 ：令和　　　年　　　月　～　令和　　　年　　　月

予　定　人　数　 ：　　　　　人

予定使用曜日・時間：

負担財源（記入必須）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 財源コード |  | 財源名称 |  |
| 目的コード |  | 目的名称 |  |
| 所管コード |  | 所管名称 |  |
| PJコード |  | ＰＪ名称 |  |

上記実施計画によるMRI・CT装置の使用許可を申請します。