2026年10月1日改訂版

大阪大学大学院医学系研究科附属共同研究実習センター利用申請書（学内用）

申込区分	☐ 新規 ☐ 変更
申請日：	年　月　日

教室番号：

大阪大学大学院医学系研究科附属共同研究実習センター長殿

部局名・教室名		大阪大学		
支払責任者氏名			職名	
利用料請求先	担当者氏名		職名	
	教室名			
	電話番号			
	メールアドレス			
	住所	〒		

※教室名は公式HP等に掲載の正式名称でご記入ください（＝請求先となります）

以下に示す通り大阪大学大学院医学系研究科附属共同研究実習センターを利用したく申請します。

（変更時の追加分については利用目的やユーザー名等を赤字で追記）

利用目的・実験内容 （利用予定機器もあわせてできるだけ詳しくご記入ください。（機器は特定できるよう型式まで記入が望ましい））	
ユーザー名 （機器を使用する可能性のある全てのユーザー氏名をご記入ください。）	
持ち込み試料	☐ 細胞　☐ 組織　☐ その他（　）
本学委員会での承認が必要な試料の有無	持ち込み試料が遺伝子組換え試料・病原微生物試料・特定病原体試料に該当 ☐ 有　☐ 無 ※「有」の場合は、計画書の承認番号を記入し、該当する区分および拡散防止措置レベルをチェックしてください。 ☐ P1レベル　☐ P2レベル　☐ Pその他（　） 承認番号（　）
ヒト由来試料の有無	☐ 有　☐ 無 ※「有」の場合、以下の項目を確認してください。 ☐ 試料が病原体（例：B型肝炎ウイルス〔HBV〕等）への感染がないこと、または感染の可能性がないことを確認しています。

以下の項目についてご確認のうえ、承諾頂けましたらチェックを入力ください。

☐「予約・利用記録システム利用にあたっての留意事項」を遵守します。
☐ 医学部および医学系研究科の利用者が優先であることを理解し、機器の予約が混んでいるときは利用を控えます。
☐ 機器ごとに初回利用時には事前にメールで連絡します。
☐ 申請時とは別の病原体を新たに使用する場合、必ず機器担当者に連絡します。
☐ 廃棄物、廃液は持ち帰ります。
☐ 使用後は機器や実験台を70%エタノールなどで必ず消毒します。
☐ 利用者側の過失により機器等に損害が生じた場合、修理、弁償などは共同研の指示に従います。
☐ 共同研の設備等で得られたデータが論文の作成に寄与した場合、その論文内に共同研または担当者の援助に対する謝辞を記載します。

共同研機器の存在を知った経緯	☐ 共同研HPを見て　☐ 以前大阪大学医学系研究科に在籍していた ☐ 大阪大学医学系研究科の知り合いからの紹介 ☐ 以前大阪大学（医学系研究科以外）に在籍していた ☐ 大阪大学（医学系研究科以外）の知り合いからの紹介 ☐ その他（具体的に記入：　）

共同研：大阪大学大学院医学系研究科附属共同研究実習センターの略称

【利用申請書提出先】共同研究実習センター管理室
Mail：staff@ctrlab.med.osaka-u.ac.jp
TEL：06-6879-3790

承認日	受付	承認
年　月　日		