ケージ交換サービス申込書

病態モデル先端研究部門　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　月　　日 | 計画書番号 |  |
| 所属名 |  |
| 所属長・利用者 | 　・　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先（内線） |  | E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ケージ交換希望 | □　マウス　　※　学内ケージ交換料金：週１回150円／ケージ |
| 飼育階 |  | 飼育室 |  | ケージ数 |  |
| 開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| ケージ交換希望 | □　ラット　　※　学内ケージ交換料金：週１回150円／ケージ |
| 飼育階 |  | 飼育室 |  | ケージ数 |  |
| 開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

【免責事項】

 本サービスの利用により何らかのトラブルが発生した場合でも、本来利用者の自己責任におい

 て実施されるべきものであることを鑑み、当施設は一切の責任を負いません。

　※病態モデル先端研究部門使用欄

|  |
| --- |
| 　　　ケージ交換申請承諾　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　総合医学研究センター　　　　　　　　　　　　　　　病態モデル先端研究部門　　　　 |