

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構次世代医療開発センター
共用機器利用申込書

年 月 日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構
理事長 殿

利用規約に基づき、下記のとおり、「公益財団法人神戸医療産業都市推進機構次世代医療開発センター」の共用機器利用を申込みます。また、利用にあたって次の各項に同意します。

1. 公益財団法人神戸医療産業都市推進機構次世代医療開発センター共用施設等利用約款において定められた全ての事項を遵守します。
 2. その他、利用にあたり、機構並びに機構の施設管理者及び役職員等の指示に従います。
- ※リプルアシシステム登録済のメールアドレス及びフリーメールアドレスは登録できません。

利用責任者	氏名		役職名	
	所属			
	連絡先	Tel	E-mail	
	機器利用者として共用機器利用の登録を行う場合は 右記にチェックをお願いします。			<input type="checkbox"/>
機器利用者	氏名		役職名	
	所属			
	連絡先	Tel	E-mail	

事務担当者	氏名		役職名	
	所属			
	連絡先	Tel	E-mail	
利用目的	(非機密事項のみ記載)			
利用前に講習受講が必要な機器	以下の機器を利用希望される場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> FACSymphony <input type="checkbox"/> FACSMelody <input type="checkbox"/> 超解像度顕微鏡システム <input type="checkbox"/> 超解像度顕微鏡システム (解析用ワークステーション) 利用前に、それぞれの機器について講習が必要となります。 講習の日程については、HBI共用機器室運営事務局より案内させていただきます。			
利用期間	年 月 日 ~2027年3月31日 ※今年度は、最長 2027年3月31日までご利用いただけます。			

機器利用にかかる免責事項

機構の責に帰さない事由により生じた利用者の損害について、機構はその責を負いません。

1. 機器の維持・管理には十分留意しておりますが、機構はその精度を保証いたしません。
2. 共通試薬・共通消耗品の使用により利用者が損失を被っても、機構は補償いたしません。

<申込書提出先>

HBI共用機器室運営事務局

E-mail : hbi-kiki-support@fbri.org