

# 使用申込書

提出日 平成 年 月 日

インキュベーター蛍光顕微鏡【LCV110】専用ディッシュ蓋の使用を申し込みます。

使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
専用ディッシュ蓋			個
専用ディッシュ蓋 (薬液投与補助機構付き)			個
氏名			
代理人	※ 代理で受け取りに来られる方はご記入ください。		
所属		内線番号	

受付時間：平日 10:00 ~ 16:00

LCV110 予約日の4日前から貸し出し可といたします。

使用後は必ず遺伝子実験施設事務室へご返却ください。

※時間外は6F 608 事務室横の返却BOXに返却をお願いします。

返却日	平成 年 月 日
担当者	

遺伝子実験施設

T E L : 096(373)6501 F A X : 096(373)6502

E-mail : [www@gtc.gtca.kumamoto-u.ac.jp](mailto:www@gtc.gtca.kumamoto-u.ac.jp)



熊本マウスクリニック