

共同研究・共同利用実験者承諾書

大阪大学蛋白質研究所所長 殿

年 月 日

ふりがな

氏 名

印

性 別 男 女

所属・職名(学部, 研究科, 課程, 年次)

所属機関住所

〒

TEL _____ FAX _____

e-mail _____

自宅住所(学生・研究生のみ)

〒

下記により, 生体超分子解析ビームラインを利用した実験に参加することを承諾します.

また, (財)国際教育支援協会の「学生教育研究災害障害保険」又は同等以上の保険に加入していることを申し立てます(学生・研究生のみ).

記

課題番号	課 題 名	実験責任者の所属 職名・氏名	実験期間
			年 4月 1日 ~ 年 3月31日

その他, 裏面の記載事項を了承します.

当機関に所属する上記の者が, 年 4 月 1 日 ~ 年 3 月 31 日までの間, 実験に参加することを承諾します.

所属長・職名・氏名

職印