

**2019 年度生体超分子複合体構造解析ビームライン（大阪大学蛋白質研究所）
共同利用研究課題申請書 兼 共同研究員承諾書**

実験責任者（印または署名） （ふりがな） 氏 名 ㊟				申請日 年 月 日	
所属・職名				旅費の支給を 希望する 希望しない	
連絡先住所 〒					
Tel.		Fax.		E-mail	
実験課題名					
（英 訳）					
実 験 組 織	氏 名（ふりがなを ローマ字で）	年齢・性別	所属（大学・学部・学科）	職名（学年）	Fax 番号または電子メールアドレス
	（実験責任者を含めて記入）				
研究の意義・目的・特色・期待される成果および研究の準備状況（本ビームラインを必要とする理由）					
試料名、安全性に対する記述・対策				希望ビームタイム（希望時期・希望時間）	
当機関に所属する上記実験責任者が、 年 月 日～ 年 月 日までの間、 大阪大学蛋白質研究所共同研究員になることを承諾します。					
所属長・職名・氏名				職 印	