大阪大学蛋白質研究所

遺伝子組換え実験安全主任者　殿

遺伝子組換え実験従事者に係る誓約書

大阪大学蛋白質研究所において、遺伝子組換え実験課題「　　　　　　」（承認番号：　）の実験従事者として　　　　に所属する者が参加するにあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

* について

１．本学　　　　　　は上記の者の知識向上と安全確保のため、下記事項について、業務に従事する前、ならびに年１回、講習会を受講させる。

　　【講習内容】

２．本学　　は上記の者の健康を管理するため、下記事項について年１回、健康診断を受診させる。

　　【検査項目】

　　年　　月　　日

〔所在地〕〒

〔機関名〕

〔役　職〕

〔氏　名〕　　　　　　　　　　　　　　　印

（作成例：外部機関所属者が遺伝子組換え実験に従事する場合）

大阪大学蛋白質研究所

遺伝子組換え実験安全主任者　殿

遺伝子組換え実験従事者に係る誓約書

大阪大学蛋白質研究所において、遺伝子組換え実験課題「○○○の機能解析←蛋白研受け入れ研究室が承認されている実験課題を記入\*」（承認番号：←蛋白研受け入れ研究室の実験課題承認番号を記入\*）の実験従事者として本学○○研究科に所属する者が参加するにあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

■○○大学○○研究科（職　名　：　　氏　名　　）について

↑実験従事者が複数名おられる場合、本欄は連名で記入願います。

１．本学○○研究科は上記の者の知識向上と安全確保のため、下記事項について、業務に従事する前、ならびに年１回、講習会を受講させる。

　　【講習内容】

1. 遺伝子組換え生物等について
2. 遺伝子組換え実験に係る関連法令について
3. 遺伝子組換え実験に係る拡散防止措置について
4. 廃棄物の滅菌処理について
5. 遺伝子組換え生物等の取扱について（保管、国内移動、輸出入等）

２．本学○○研究科は上記の者の健康を管理するため、下記事項について年１回、健康診断を受診させる。

　　【検査項目】

1. 尿検査（蛋白、潜血、糖）
2. 一般血液検査

（白血球、赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット、白血球の百分率）

　　　　　　　　　　　　　※大阪大学特定業務健康診断の項目に準ずる

　　年　　月　　日

〔所在地〕〒123-4567

大阪府○○市○○○町１丁目２番３号

〔機関名〕学校法人○○大学○○研究科

〔役　職〕○○研究科遺伝子組換え実験安全主任者

〔氏　名〕　　　　　　　　　　　　　　　印

\*受け入れ研究室にお問い合わせ願います。