【審査申込Ver.1.0】2022.3.3

ヒトES細胞使用研究審査申込書

西暦　　　　年　　月　　日提出

滋賀医科大学学長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 使用機関の名称： |  |
| 所在地： |  |
| 使用機関の長の氏名： |  |

下記の使用計画について、国立大学法人滋賀医科大学ヒトES細胞使用研究倫理審査委員会へ

審査等業務を委託いたします。

※　 受付番号　　　　　（事務局記入）

使用計画の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 使用計画の名称 |  |
| 2．使用責任者の氏名 |  |
| 3．使用責任者の連絡先 | 所属・役職：  E-mail：  TEL： |
| 4．使用計画の概要  (※150字以上200字以内) |  |
| 5．共同研究機関の有無 | □有　　□無 |
| 6．事務担当の連絡先 | 担当部署：  担当者名：  E-mail:  TEL/FAX： |
| 7．審査料の支払い　　資金源 | □学内予算（　　）  □共同研究経費（　　）  □受託研究経費（　　）  □寄付金（　　）  □省庁等の公的研究費（名称、研究番号：）  □企業・団体等からの研究助成金（　　）  □その他（具体的に：　） |