

平成 年 月 日

国立大学法人滋賀医科大学
バイオメディカル・イノベーションセンター長 殿

申請者 所在地
機関名
代表者 ⑩

退 去 届

平成 年 月 日付滋医大 第 号で許可された国立大学法人
滋賀医科大学バイオメディカル・イノベーションセンターを、以下のとおり退
去しますのでお届けします。

記

1. 退去年月日： 平成 年 月 日
2. 退去研究室・オフィス名：
3. 使用許可期間の最終日：
4. 原状回復について
・必要性の有無（いずれかにチェックをしてください）： 有 無
・必要性が有の場合は、以下も記入してください

(原状回復を要する内容)

- 1 すでに原状回復済
 2 平成 年 月 日原状回復予定