（様式１－１）

　　　　　　令和　年　月　日（申請日）

微生物実験室認定申請書

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職） 　　　　　学科（　　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　 　　　　　　　　　　 印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第６条の規定に基づき、下記により微生物実験室の認定を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

指定実験室：（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

取扱微生物レベル：（　Ｐ１　Ｐ２　）○を付けてください。

添付書類：安全キャビネット、オートクレーブ等安全管理に関する主要機器を含む実験室の概要

図を添付してください。

（様式１－２）

　　　　　　令和　年　月　日（申請日）

微生物実験室内容変更申請書

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職） 　　　　　学科（　　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　 　　　　　　　　　　 印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第６条の規定に基づき、下記により微生物実験室の内容変更を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

指定実験室：（　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　）

取扱微生物レベル：（　Ｐ１　Ｐ２　）○を付けてください。

変更点：「安全キャビネットを○○室から○○室へ移動した」等、変更内容を具体的に記入

してください。

添付書類：安全キャビネット、オートクレーブ等安全管理に関する主要機器を含む実験室の概要図を添付してください。

（様式１－３）

承認番号（ ）

令和　年　月　日（届出日）

微生物実験室終了（中止）届

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職） 　　　　　学科（　　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　 　　　　　　　　　　 印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第６条第２項の規定に基づき、下記により微生物実験室の指定の終了（中止）を届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

指定実験室：（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

取扱微生物レベル：（　Ｐ１　Ｐ２　）○を付けてください。

終了（中止）時状況（除染状況等）：

保管していた微生物について：

（様式２）



　　　　　　　　　　　　　　　(国際バイオハザード標識)

|  |  |
| --- | --- |
| 実験室名 |  |
| 承認番号 |  |
| 微生物レベル |  |
| 実験室責任者 |  |
| 緊急連絡先 | （実験室責任者の内線番号） |
| （守衛室の内線.番号）　 |

（様式３－１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日（届出日）

微生物保管届

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第11条の規定に基づき、下記により微生物の保管を届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

微生物の名称（学名）[微生物レベル]：

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

保管場所：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

保管の状況〔保管庫など〕：

　　　具体的にご記入ください。（保管庫は施錠されたものと規定されています。）

（様式３−２）

承認番号（ ）

令和　年　月　日（届出日）

微生物保管変更届

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第11条の規定に基づき、下記により微生物の変更を届出ます。

記

変更点：（微生物追加、微生物削除（廃棄・譲渡）　保管場所変更）○を付けてください。

微生物の名称（学名）[微生物レベル]：不足する場合は別紙添付

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

保管場所：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　　）

前保管場所（保管場所変更の場合）：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　　）

保管の状況〔保管庫など〕：

　具体的にご記入ください。（保管庫は施錠されたものと規定されています。）

廃棄の場合：方法（　　　　　　　　　　　　 　）

譲渡の場合：譲渡先等（ 　）

（様式４－１）

新規・継続（前回の承認番号：　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日（申請日）

微生物実験実施申請書（研究用）

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（実験責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第13条の規定に基づき、下記により微生物実験の実施を申請します。

記

研究課題名ではありません。

（例）遺伝子組換えタンパク質の発現

実験課題名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

実験概要：

実験期間（最長5年とする）：

　　年　　月　　日 ～　 年３月31日 （終了日は年度末）

取り扱う微生物名（学名）[微生物レベル]：

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

（様式４－１）

保管場所：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

指定実験室および責任者：

（　　　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

責任者：氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　（職）

責任者が実験に従事する場合は

実験従事者欄にも記入してください。

実験従事者：

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

氏名　　　　　　　所属　　　　　　　身分（職名）

（様式４－２）

新規・継続（前回の承認番号：　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日（申請日）

微生物実験実施申請書（学生実験用）

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（実験責任者・指導教員代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第13条の規定に基づき、下記により微生物実験の実施を申請します

記

実験科目名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

実験概要：

実験期間（最長5年とする）：

　　 年　月　日 ～ 年３月31日 （終了日は年度末）

対象学科・学年・人数

　　　　　　　　　　　　学科　　　　　年　　　　　　　人

取り扱う微生物名（学名）[微生物レベル]：

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

（様式４－２）

保管場所：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

指定実験室および責任者：

（　　　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

責任者：氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　（職）

指導教員：

氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　（職）

氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　（職）

氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　（職）

氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　（職）

（様式４－３）

承認番号（ ）

令和　年　月　日（申請日）

微生物実験変更申請書（研究、学生実験兼用）

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（実験責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第13条の規定に基づき、下記により微生物実験の変更を申請します。

記

実験課題（科目）名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

変更点：○を付けてください。

（実験課題(科目)名、指定実験室、保管場所、取り扱う微生物名、責任者、実験従事者、

指導教員）

実験課題（科目）名：

変更前：実験課題(科目)名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

変更後：実験課題(科目)名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

指定実験室：

変更前：（　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　）

変更後：（　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　）

保管場所：

変更前：（　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　）

変更後：（　　　棟　　　階　　　号室）実験室名（　　　　　　　　　　　　）

（様式４－３）

取り扱う微生物名：

微生物の名称（学名）[微生物レベル]：

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

追加・削除　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

責任者：

変更前：氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　（職）

変更後：氏名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　（職）

実験従事者：（今年度従事しない場合は削除ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （フリガナ）氏名 | 所属 | 職学生番号 |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表は適宜追加してください。）

指導教員：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （フリガナ）氏名 | 所属 | 職 |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |
| □追加□削除 | （　　　　） |  |  |

（表は適宜追加してください。）

（様式４－４）

承認番号（ ）

令和　年　月　日（届出日）

微生物実験変更届（学生実験対象学生変更用）

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（実験責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第13条の規定に基づき、下記により微生物実験の変更を届け出ます。

記

申請実験科目名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

変更点：対象学生

（別紙に受講学生のリストを添付してください。）

（様式４－５）

承認番号（ ）

令和　年　月　日（届出日）

微生物実験終了（中止）届

微生物取扱安全管理委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（職）　　　　　　　　学科（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

鈴鹿医療科学大学微生物取扱安全管理規程第13条第３項の規定に基づき、下記により微生物実験の終了（中止）を届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

申請実験課題(科目)名：

（遺伝子組換え承認番号：　無い場合は「なし」と記入ください。　　）

微生物の名称（学名）[微生物レベル]：

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　 　　)　[　　　　　]

保管していた場所：

（　　　　　棟　　　階　　　室）実験室名（　　　　　　　　　　　　　　）

終了（中止）時の状況〔保管庫など〕：