（様式1）

PharmaScan 7T装置利用申請書・許可書

令和　　年　　月　　日

東北大学加齢医学研究所 先端研究小動物MRIセンター長　殿

東北大学加齢医学研究所先端研究小動物MRIセンターのPharmaScan 7T装置の利用について許可願います。なお、利用に際しては、東北大学加齢医学研究所先端研究小動物MRIセンターの指示に従います。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可No | 2 | 4 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属分野等の名称 |  |
| 実験責任者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 職名 |  |
| 連絡先 | E-mail:　　　 　　　　　　内線: 　　　  |
| 利用期間（単年度） | 令和６年６月1日　～　令和７年３月３１日 |
| 実験責任者以外の利用者（現場責任者には指名の前に『○』を附してください） | 所属教育研究組織（機関）及び職名 | 氏　名（日本語表記および英語表記） | 連絡先（電話・E-mail等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記の通り、申請を許可する。

令和　　年　　月　　日

東北大学加齢医学研究所 先端研究小動物MRIセンター長

|  |
| --- |
| （学内利用者のみ）予算情報　※予算照会システム等で確認して、ご記入ください。 |
| ①財源 |  | 大学運営資金、ﾐｯｼｮﾝ実現加速化経費、間接経費は②③⑥⑦を記入外部資金(科研費、寄附金、受託・共同研究等)は④⑤⑥⑦を記入 |
| ②目的科目コード |  | ③目的科目名称 |  |
| ④プロジェクトコード |  | ⑤プロジェクト名称 |  |
| ⑥所管コード |  | ⑦所管名称 |  |
| ※科研費の学内分担者であれば、氏名と所属を記入 | 氏名：　　　　　　　　所属： |

※「東北大学若手研究者に関わる共用設備利用支援制度」のご案内について

* 本学所属の若手研究者は、当該支援制度をご利用になれます。当人が実験責任者である必要がある点に留意してください。
* 申請は、以下のGoogleフォームよりお願いします。

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd80WEUqo-aUVwxPTT3iDhgtyeeOTalTvwaKFOJPmm1kjJ-BA/viewform>

* 本制度の適用を希望される方は課題申請フォームの備考欄にその旨を記載するとともに、課題採択後に該当する申請書に必要事項を記載し、RUTA事務局まで提出してください。

|  |
| --- |
| （学外利用者のみ）請求先情報 |
| 請求書宛名の住所・相手先名称 | 住所：〒請求書宛名： |
| 請求書の送付先（利用者または事務担当部署） | 住所：〒宛先： |
| 担当者名：電話番号：E-mailアドレス： |

※当該利用申請・許可書は、財源が切り替わる時に、更新する必要があります（財源ごとに新たな許可Noを付与します）。

※登録料は実験責任者から年に一度だけお支払いいただきます。同一実験責任者が新たな許可Noの実験を実施する場合は、登録料の支払いは不要です。