

(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					
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 年 月 日 ~ 令和 年 月 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。