分子イメージング研究設備利用計画書

受付番号：ＯＭ

受付年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 新 規　・　年度更新 | | 申請日 | | 年　　月　　日 | |
| 利用機器 | □ サイクロトロン  □ ホットセル・PET薬剤自動合成装置  □ 小動物用PET  □ 中動物用PET/CT  □ 発光・蛍光in vivoイメージングシステム（IVIS）  □ 飛行時間型質量分析装置  □ 高速液体クロマトグラフ質量分析装置  □ 粒子径・ゼータ電位測定装置  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　※複数年度不可 | | | | | | |
| 利用申請者 | 利用責任者 | 所属機関名：  所属部署･役職：  氏　名： | | | | | |
| 利用者  （連絡担当者) | 所属機関名：  所属部署･役職：  氏　名：  TEL：　　　　　　　　　　E-mail: | | | | | |
| 経理担当者  ※料金明細  　送付先 | 所属機関名：  所属部署・役職：  氏　名：  住　所：〒（学内者の場合は不要）  TEL：　　　　　　　　　　E-mail: | | | | | |
| 学内経費で  支払う場合の  予算コード | 所管コード |  | | 所管名称 | |  | |
| プロジェクト  コード |  | | プロジェクト  名称 | |  | |
| 財源コード |  | | 財源名称 | |  | |
| 目的コード |  | | 目的名称 | |  | |
| 学外経費で  支払う場合の  請求書宛名 |  | | | | | | |
| 承認欄 | 承認日：　　　　　年　　　月　　　日  利用期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日  承認番号：ＯＭ  岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産学官連携センター長 | | | | | | |

* **２ページ目は、サイクロトロン、ホットセル・PET薬剤自動合成装置、小動物用PET、中動物用PET/CT、IVISを**

**利用する場合に記入して下さい。**

* **ここから先は、サイクロトロン、ホットセル・PET薬剤自動合成装置、小動物用PET、中動物用PET/CT、IVISを**

**利用する場合に記入して下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | | | | | |
| 研究概要・研究方法  ※　研究の意義、目的、特色、達成目標など。知的財産権に関わる内容は記入する必要はありません  ※（PETイメージング研究の場合）使用する核種・合成する（購入する）薬剤・実験予定回数・撮像方法と画像解析方法を記載する。ホットラボ内に持ち込む機器・薬品・生物製剤がある場合は詳細を記入する。  ※（IVISを用いたイメージング研究の場合）撮像方法・解析方法・実験予定回数を記載する。  ※　動物実験を行う場合は動物種と一頭（匹）辺りの実験期間を記載する。組換えDNA実験を行う場合は、実験区分を記載する。  赤字部分は、提出時には削除してください。  動物実験計画 　　　 □ 該当あり（承認番号：OKU-　　　　　　　）※写しを添付する　 □ 該当なし  組換えDNA実験計画 □ 該当あり（承認番号：　　　　　　　　　）※写しを添付する　　□ 該当なし | | | | | | |
| サイクロトロンを用いた実験計画　※ご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。 | | | | | | |
| 4，5月 | | 6,7月 | 8,9月 | 10,11月 | 12,1月 | 2,3月 |
| 回 | | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設利用者（足りない場合は行を追加して記入して下さい）  　※センター職員が支援する場合は、職員氏名も記載してください。 | 氏　名 | 所属機関 | 所属部署・教室等 | 役　職 | 動物  実験 | 組換DNA実験 | 放射線業務 |
| （利用責任者） |  |  |  | 本利用計画に係る従事の有無 | | |
|  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

＜提出先・問い合わせ先＞

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産学官連携センター

TEL: 086-235-6529

E-mail: crc-omic@md.okayama-u.ac.jp