

※受付番号	
-------	--

サーカディアンメディスンの基礎臨床研究 実験計画内容書

令和 年 月 日

サーカディアン実験室管理者 尾仲達史 殿

申請者 (実験責任者)	講座等名： 職名・氏名： E-mail・内線：
講座等責任者	職名・氏名：

実験実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
実験場所 (■を入れる)	<input type="checkbox"/> 実験室1	<input type="checkbox"/> 実験室2	<input type="checkbox"/> ラット行動解析室
	<input type="checkbox"/> マウス行動解析室	<input type="checkbox"/> ラット室	<input type="checkbox"/> 手術解剖室
実験従事者	所属・職名	氏名	
動物計画書番号			
搬入動物情報	動物種・系統 (Tg 有無) : 数 : 雌雄 : 購入先・搬出先 :		
実験内容 (特殊な実験の 場合は必ず明記 してください。)	飼育餌：通常食・特殊食 明暗サイクルの変更：あり・なし (標準 7:30~19:30 が明期) 実験内容： 持ち込むアイテムリスト： 前室2の使用：有・無		
共同機器使用の 有・無	有・無 装置名： 、使用経験：有・無 装置名： 、使用経験：有・無 (装置維持費は、使用日数を基に分担負担する予定ですのでご了承下さい)		
承認結果	承認する/承認しない <コメント>		

