利用細則：様式第6号　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:0798-45-6786　E-mail:doubutu@hyo-med.ac.jp

Ver.4

実験動物移動依頼書

西宮病態モデル研究センター長殿

飼養保管中の当部署の実験動物を下記の場所への移動を依頼します。

申請年月日：　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　実験承認番号：

申請部署名： 　　　　　　職名：

申請者氏名：

連絡先　内線：　　　　　　　　　モバイル：　　　　　　　　　メールアドレス：

移動動物の使用飼育室（ラック/ケージ番号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| エリア（飼育室） | ラック/ケージ番号 | ♂・♀/匹数 |
| BS（1・2・3・4） |  |  |
| SB（1・2・3・多目的） |  |  |
| OP（多目的1・多目的2・行動1・行動2） |  |  |

移動先（センター内）＊

|  |  |
| --- | --- |
| エリア（飼育室） | ラック/ケージ番号 |
| BS（1・2・3） |  |
| SB（1・2・3・多目的） |  |
| OP（多目的1・多目的2・行動1・行動2） |  |
| OP（再搬入1・再搬入2） |  |
| P2A（1・2・多目的） |  |
| 検疫（1・2） |  |

4）移動希望日：　　　年　　　月　　　日　　〜　　　月　　　日

　　　　　＊：センター内の移動は微生物グレードの上位から下位のみであり、逆の移動はできません

　　　　　＊：微生物モニタリングの関係で移動できない時期があります

　　　　　＊：移動希望の2開館日前までにご提出下さい

JAC保管様式

移動完了：　　　　年　　　　月　　　　　日

連絡・保管：　　　　年　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 移動完了確認 | 移動エリア担当通知 | 受付移動許可 |  |
| ／ | ／ | ／ |  |
| JAC担当 | JAC主任 | 管理室 |