SAGA-LS受理日

年　　月　　日

課題番号：



九州シンクロトロン光研究センター

包括利用申込書

・記入漏れ等がある書類は修正をお願いいたしますのでご了承ください。

（**末尾のチェックリストを用いてご確認ください**）。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用申込年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 業務課題名 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主任担当者 | | | | | |
| （氏　　　名） |  | | | （ローマ字名） |  |
| （所属、職名） |  | | | | |
| （住　　　所） | 〒 | | | | |
| （連　絡　先） | TEL |  | | | |
|  | E-mail | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実験参加者   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 氏　　　名 | 所　　　　属 | 職　名 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 測定手法及び測定時間  ・事前打合せの際確定した内容をご記入ください。   |  |  | | --- | --- | | 使用ビームライン及び測定手法 | 1. BL：   ☐BL07(☐光学ハッチ、 ☐第1実験ハッチ、 ☐第2実験ハッチ)  ☐BL09 ☐BL10 ☐BL11 ☐BL12 ☐BL15 ☐BL18  ②実験手法：  ※BL07のイメージングについては、以下より選択ください。  ☐マイクロCT（光学ハッチ、含クライオマイクロCT）  ☐大視野吸収CT（実験ハッチ2）  ☐大視野位相CT（実験ハッチ2）  ☐その他（利用相談で決めた手法） | | 測定時間 |  | |

**＊**測定試料等（測定試料、化学薬品、ガス等）

・全ての測定試料等について、別紙「持込試料等（測定試料、化学薬品、ガス等）リスト」に全ての事項を記入してください。

原則持ち帰りとなります。

**持込試料を追加・変更される場合は、別紙を再提出してください。**

・申請者の所属機関の安全基準を満たしていることが必要です。

・他BLの実験者および研究センター職員の安全確保のため、または法令に準拠して研究センターの判断で持込を制限するこ

とがあります。ご承知おきください。

・国際規制物質（核燃料等）および放射性物質を扱う実験、動物実験（生きた哺乳類、鳥類、爬虫類）、組換えＤＮＡ実験等は

現在実施できません。

・生物試料の持込みには事前の相談が必要ですので、センターまでお問い合わせください。

※**個人情報の取り扱いについて**：個人情報の適正な取り扱いの確保に関する規程（公益財団法人佐賀県産業振興機構個人情報保護規程）の趣旨に基づき、お預かりした個人情報は本申込・届出に係る手続きにのみ使用し、他の目的には使用しません。