

旭川医科大学研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する共同利用設備の使用に関する規程の一部を改正する規程を次のように定める。

旭川医科大学長 西川 祐司

旭川医科大学研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する共同利用設備の使用に関する規程の一部を改正する規程

旭川医科大学研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する共同利用設備の使用に関する規程（平成31年旭医大達第7号）の一部について、下表右欄（「現行」欄）を同表左欄（「改正後」欄）のように改正する。

※下線部分は、改正箇所を示す。

u003c/div>

改正後			現行		
(略)			(略)		
<p style="text-align: center;"><u>附 則</u> この規程は、令和6年7月1日から施行する。</p>					
別表1（第2条関係） 研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する設備			別表1（第2条関係） 研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する設備		
フロア	室名	設備	フロア	室名	設備
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
3階棟1階	機器・化学実験室	蛍光光度計，自記分光光度計， <u>マイクロプレートリーダー</u> ，電子天秤，超音波破碎装置，恒温振とう機，pHメーター，遠心エバポレーター，ドラフト，超純水装置，ルミノグラフIIなど	3階棟1階	機器・化学実験室	蛍光光度計，自記分光光度計，電子天秤，超音波破碎装置，恒温振とう機，pHメーター，遠心エバポレーター，ドラフト，超純水装置，ルミノグラフIIなど
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
ただし、3階棟が実験実習機器センター1、5階棟は実験実習機器センター2である。使用者が設置した機器は除く。			ただし、3階棟が実験実習機器センター1、5階棟は実験実習機器センター2である。使用者が設置した機器は除く。		

別表2 (第12条関係)

研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門 施設・設備等使用料一覧

室名	機種	内訳	利用料金	学外利用料金	備考
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
組織室	マイクロトーム	1時間	300円	300円	
	凍結組織薄 1枚目 (新設)	1枚 (新設)	300円 (新設)	300円 (新設)	
	2枚目以降 (新設)	1枚 (新設)	150円 (新設)	150円 (新設)	
	凍結組織標本のHE染色 (新設)	1枚 (新設)	200円 (新設)	200円 (新設)	
	FFPEプロ 包埋カセット ック作製 持込 (新設) (新設)	1個 (新設)	180円 (新設)	180円 (新設)	
	包埋カセット 持込なし (新設) 設)	1個 (新設)	220円 (新設)	220円 (新設)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
質量分析室	ガスクロマトグラフ質量分析計	1研究プロジェクト	7,500円	7,500円	
	直接導入測定	1検体	2,000円	2,000円	
	GC/MS測定	1検体	3,000円	6,000円	
	メタボローム試料調製 (新設)	1検体 (新設)	7,000円 (新設)	7,000円 (新設)	
試料バイアル使用の場合	標準バイアル	1試料	46円	46円	

別表2 (第12条関係)

研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門 施設・設備等使用料一覧

室名	機種	内訳	利用料金	学外利用料金	備考
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
組織室	マイクロトーム	1時間	300円	300円	
	凍結組織薄 1枚目 (新設)	1枚 (新設)	300円 (新設)	300円 (新設)	
	2枚目以降 (新設)	1枚 (新設)	150円 (新設)	150円 (新設)	
	凍結組織標本のHE染色 (新設)	1枚 (新設)	200円 (新設)	200円 (新設)	
	FFPEプロ 包埋カセット ック作製 持込 (新設) (新設)	1個 (新設)	180円 (新設)	180円 (新設)	
	包埋カセット 持込なし (新設) 設)	1個 (新設)	220円 (新設)	220円 (新設)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
質量分析室	ガスクロマトグラフ質量分析計	1研究プロジェクト	7,500円	7,500円	
	直接導入測定	1検体	2,000円	2,000円	
	GC/MS測定	1検体	6,000円	6,000円	
	メタボローム試料調製 (新設)	1検体 (新設)	7,000円 (新設)	7,000円 (新設)	
試料バイアル使用の場合	標準バイアル	1試料	46円	46円	

	微量バイアル	1試料	156円	156円	
機器・ 化学実 験室	蛍光光度計（日立F4500）	1時間	500円	500円	
	自記分光光度計（UV-160）	1時間	500円	500円	
	超純水装置 基本料	半年間（4～9月又は10～3月）	7,500円	×	講座等単位
	ルミノグラフII	1時間	200円	200円	
	<u>マイクロプレートリーダー（新設）</u>	<u>1時間（新設）</u>	<u>300円（新設）</u>	<u>300円（新設）</u>	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
遺伝子 解析装 置室	PCR	1回	80円	80円	
	ライトサイクラー480	1回	<u>750円</u>	<u>750円</u>	
	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)

注) 備考欄に記載の「講座等単位」…講座以外のセンター及び部局(室)の取扱いは、研究技術支援センター長に要相談とする。

学外利用料金には事務手数料(10%)と消費税が付加されます。

別記様式第1（第4条第1項関係）

別記様式第2（第4条第2項関係）（略）

別記様式第3（第4条第4項関係）（略）

別記様式第4-1（第4条第5項関係）

別記様式第4-2（第4条第5項関係）

【改正理由】

新たな機器及び受託サービスの導入に伴い、所要の改正を行うものである。

	微量バイアル	1試料	156円	156円	
機器・ 化学実 験室	蛍光光度計（日立F4500）	1時間	500円	500円	
	自記分光光度計（UV-160）	1時間	500円	500円	
	超純水装置 基本料	半年間（4～9月又は10～3月）	7,500円	×	講座等単位
	ルミノグラフII	1時間	200円	200円	
	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
遺伝子 解析装 置室	PCR	1回	80円	80円	
	ライトサイクラー480	1回	<u>2,000円</u>	<u>2,000円</u>	
	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)

注) 備考欄に記載の「講座等単位」…講座以外のセンター及び部局(室)の取扱いは、研究技術支援センター長に要相談とする。

学外利用料金には事務手数料(10%)と消費税が付加されます。

別記様式第1（第4条第1項関係）

別記様式第2（第4条第2項関係）（略）

別記様式第3（第4条第4項関係）（略）

別記様式第4-1（第4条第5項関係）

別記様式第4-2（第4条第5項関係）

(新)**設備の使用又は委託申請書**

研究技術支援センター長 殿

申請日 20 年 月 日
申請者 講座等名 _____
氏名 _____
内線 _____

申請年度	20____年度		
申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更（追加） (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更（削除） (承認番号 _____)

(注意事項)

- 変更申請の場合は、下記項目1及び2の変更箇所のみ記載してください。
(追加は黒字、削除は朱字で記載してください。)
- 本申請書は、講座等の単位で作成してください。

1. 使用又は委託する者（使用者）の申請

下記のとおり、実験実習機器技術支援部門の機器・設備の使用者を申請します。

使用責任者	
使用者	
(備考)	

(注意事項)

- 使用又は委託に当たっては、「旭川医科大学研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する共同利用設備の使用に関する規程(当センター実験実習機器技術支援部門のホームページに掲載)」を遵守してください。
- 申請年度の機器・設備の使用者を全員記入してください。
- 学生の場合は、学年を氏名の後に明記してください。

2. 期間利用料金の流用依頼

下記のとおり、期間用料金がかかる機器・設備の利用及び料金の流用を申請します。

機器・設備 (半期利用料)	(該当するものに☑)		
	通期 (1年間)	前期 (4～9月)	後期 (10～3月)
電子顕微鏡 (25,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超純水装置 (7,500円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
製氷機 (2,500円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フリーザー室 (12,000円 × <input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オートクレーブ (5,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乾熱滅菌器 (5,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
培養室 (15,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
培養室・持込機材有 (45,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 実験室 (72,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 実験室・持込機材有 (102,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSL 実験室 (72,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSL 実験室・持込機材有 (102,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	持込機材 ⁽³⁾
フリーザー室	
培養室	
P2 実験室	
BSL 実験室	

(注意事項)

1. **本流用依頼の申請に基づき、期首に利用料を申請講座等の経費から流用**します。
2. 機材持込に関しては、設置場所・電源容量等に限りがあるため事前にお問合せください。

上記申請について、承認します。 20 年 月 日	承認番号 _____ 号 研究技術支援センター長
(備考)	

(旧)

別記様式第1 (第4条第1項関係)

設備の使用又は委託申請書

研究技術支援センター長 殿

申請日 20 年 月 日
申請者 講座等名 _____
氏名 _____
内線 _____

申請年度	20____年度		
申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (追加) (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更 (削除) (承認番号 _____)

(注意事項)

- 変更申請の場合は、下記項目1及び2の変更箇所のみ記載して下さい。
(追加は黒字、削除は朱字で記載して下さい。)
- 本申請書は、講座等の単位で作成して下さい。

1. 使用又は委託する者 (使用者) の申請

下記のとおり、実験実習機器技術支援部門の機器・設備の使用者を申請します。

使用責任者	
使用者	
(備考)	

(注意事項)

- 使用又は委託に当たっては、「旭川医科大学研究技術支援センター実験実習機器技術支援部門が管理運用する共同利用設備の使用に関する規程 (当センター実験実習機器技術支援部門のホームページに掲載)」を遵守して下さい。
- 申請年度の機器・設備の使用者を**全員記入**して下さい。
- 学生の場合は、学年を氏名の後に明記して下さい。

2. 期間利用料金の流用依頼

下記のとおり、期間用料金がかかる機器・設備の利用及び料金の流用を申請します。

機器・設備	(半期利用料)	(該当するものに☑)		
		通期 (1年間)	前期 (4~9月)	後期 (10~3月)
電子顕微鏡	(25,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超純水装置	(7,500円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
製氷機	(2,500円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フリーザー室	(12,000円 × <input type="text" value=""/> 台)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オートクレーブ	(5,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乾熱滅菌器	(5,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
培養室	(15,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
培養室・持込機材有	(45,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 実験室	(72,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 実験室・持込機材有	(102,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSL 実験室	(72,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSL 実験室・持込機材有	(102,000円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	持込機材 ⁽³⁾
フリーザー室	
培養室	
P2 実験室	
BSL 実験室	

(注意事項)

1. **本流用依頼の申請に基づき、期首に利用料を申請講座等の経費から流用**します。
2. **競争的資金等での流用希望の場合は、「研究技術支援センターの競争的資金による利用申請」も併せて行って下さい。**
3. 機材持込に関しては、設置場所・電源容量等に限りがあるため事前にお問合せ下さい。

上記申請について、承認します。	承認番号	_____号
20__年__月__日		
		研究技術支援センター長
(備考)		

(新)

P2 実験室の使用申請書

研究技術支援センター長 殿

申請者 申請日 20 年 月 日
 講座等名 _____
 氏名 _____
 内線 _____

申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (追加) (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更 (削除) (承認番号 _____)	
使用期間 (該当に☑)	20 _____ 年度	<input type="checkbox"/> 通期 (年間)	<input type="checkbox"/> 前期 (4月1日~9月30日) <input type="checkbox"/> 後期 (10月1日~3月31日)	
使用者氏名 (P2 実験室の利用 講習会を受講済み の場合は、受講欄 に☑)	氏 名	受講	氏 名	受講
	(使用責任者)			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(*) 遺伝子組換え 実験の有無	<input type="checkbox"/> 有 (P1)	<input type="checkbox"/> 有 (P2)	<input type="checkbox"/> 無	
遺伝子組換え実験 承認番号	(該当に☑)			
遺伝子組換え・ 感染性生物名				
実験概要と危険性	バイオセーフティーレベル ()			
不活化方法 (該当方法に☑)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム	<input type="checkbox"/> 70%エタノール	
	<input type="checkbox"/> 50%イソプロパノール	<input type="checkbox"/> 火炎滅菌	<input type="checkbox"/> カチオン界面活性剤	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(注意事項)

1. 変更申請の場合は、変更箇所のみ記載してください。(追加は黒字、削除は赤字)
2. (*)の研究責任者等と本申請書の使用責任者は原則として同一としてください。

上記申請について、承認いたします。	承認番号 _____号
20 年 月 日	研究技術支援センター長
(備考)	

(旧)

P2 実験室の使用申請書

研究技術支援センター長 殿

申請者 申請日 20 年 月 日
 講座等名 _____
 氏名 _____
 内線 _____

申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (追加) (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更 (削除) (承認番号 _____)	
使用期間 (該当に☑)	20____年度	<input type="checkbox"/> 通期 (年間)	<input type="checkbox"/> 前期 (4月1日~9月30日)	
			<input type="checkbox"/> 後期 (10月1日~3月31日)	
使用者氏名 (P2 実験室の利用 講習会を受講済み の場合は、受講欄 に☑)	氏 名	受講	氏 名	受講
	(使用責任者)			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(*) 遺伝子組換え 実験の有無	<input type="checkbox"/> 有 (P1)	<input type="checkbox"/> 有 (P2)	<input type="checkbox"/> 無	
	(該当に☑)			
遺伝子組換え実験 承認番号				
遺伝子組換え・ 感染性生物名				
実験概要と危険性	バイオセーフティーレベル ()			
不活化方法 (該当方法に☑)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム	<input type="checkbox"/> 70%エタノール	
	<input type="checkbox"/> 50%イソプロパノール	<input type="checkbox"/> 火炎滅菌	<input type="checkbox"/> カチオン界面活性剤	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(注意事項)

1. 変更申請の場合は、変更箇所のみ記載して下さい。(追加は黒字、削除は赤字)
2. (*)の研究責任者等と本申請書の使用責任者は原則として同一として下さい。

上記申請について、承認いたします。	承認番号 _____号
20 年 月 日	研究技術支援センター長
(備考)	

(新)

BSL 実験室の使用申請書

研究技術支援センター長 殿

申請日 20 年 月 日
 申請者 講座等名 _____
 氏名 _____
 内線 _____

申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (追加) (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更 (削除) (承認番号 _____)	
使用区域 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> P1/BSL1 区域		<input type="checkbox"/> P2/BSL2 区域	
使用期間 (該当に☑)	20____年度	<input type="checkbox"/> 通期 (年間)	<input type="checkbox"/> 前期 (4 月 1 日～9 月 30 日) <input type="checkbox"/> 後期 (10 月 1 日～3 月 31 日)	
使用者氏名 (BSL 実験室の利 用講習会を受講済 みの場合は、受講 欄に☑)	氏 名	受講	氏 名	受講
	(使用責任者)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) 遺伝子組換え 実験の有無	<input type="checkbox"/> 有 (P1)	<input type="checkbox"/> 有 (P2)	<input type="checkbox"/> 無 (該当に☑)	
遺伝子組換え実験 承認番号				
(*) 病原体等取扱 届出の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(該当に☑)	
病原体等取扱 承認番号				
遺伝子組換え・ 感染性生物名				
実験概要と危険性	バイオセーフティーレベル ()			
不活化方法 (該当方法に☑)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム	<input type="checkbox"/> 70%エタノール	
	<input type="checkbox"/> 50%イソプロパノール	<input type="checkbox"/> 火炎滅菌	<input type="checkbox"/> カチオン界面活性剤	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(注意事項)

1. 変更申請の場合は、変更箇所のみ記載してください。(追加は黒字、削除は赤字)
2. (*)の研究責任者等と本申請書の使用責任者は原則として同一としてください。

上記申請について、承認いたします。	承認番号 _____号
20 年 月 日	研究技術支援センター長
(備考)	

(旧)

BSL 実験室の使用申請書

研究技術支援センター長 殿

申請日 20 年 月 日
 申請者 講座等名 _____
 氏名 _____
 内線 _____

申請区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (追加) (承認番号 _____)	<input type="checkbox"/> 変更 (削除) (承認番号 _____)	
使用区域 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> P1/BSL1 区域		<input type="checkbox"/> P2/BSL2 区域	
使用期間 (該当に☑)	20____年度	<input type="checkbox"/> 通期 (年間)	<input type="checkbox"/> 前期 (4 月 1 日～9 月 30 日)	
			<input type="checkbox"/> 後期 (10 月 1 日～3 月 31 日)	
使用者氏名 (BSL 実験室の利 用講習会を受講済 みの場合は、受講 欄に☑)	氏 名	受講	氏 名	受講
	(使用責任者)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) 遺伝子組換え 実験の有無	<input type="checkbox"/> 有 (P1)	<input type="checkbox"/> 有 (P2)	<input type="checkbox"/> 無	(該当に☑)
遺伝子組換え実験 承認番号				
(*) 病原体等取扱 届出の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(該当に☑)	
病原体等取扱 承認番号				
遺伝子組換え・ 感染性生物名				
実験概要と危険性	バイオセーフティーレベル ()			
不活化方法 (該当方法に☑)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム	<input type="checkbox"/> 70%エタノール	
	<input type="checkbox"/> 50%イソプロパノール	<input type="checkbox"/> 火炎滅菌	<input type="checkbox"/> カチオン界面活性剤	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(注意事項)

1. 変更申請の場合は、変更箇所のみ記載して下さい。(追加は黒字、削除は赤字)
2. (*)の研究責任者等と本申請書の使用責任者は原則として同一として下さい。

上記申請について、承認いたします。	承認番号 _____号
20 年 月 日	研究技術支援センター長
(備考)	