様式1

**遺伝子改変マウス作製申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

東京理科大学　生命医科学研究所長　殿

申請者

　　　　　　　　　　　所属：

　　　　　　　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　 　　　研究責任者：役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　実験担当者：役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　連絡先電話：

　　　　　　　　　　　メールアドレス：

東京理科大学生命医科学研究所発生工学研究支援事業における遺伝子改変マウス作製等の受託に関する規程及び所定の遵守事項を遵守の上、下記の遺伝子改変マウスの作製及び供給を申請します。

なお、供給料金の納付後はいかなる場合も返還申し出は行いません。

記

実験課題名：

実験目的：丸を付けてください

　　　ノックアウトマウスの作製、ノックインマウスの作製、トランスジェニックマウスの作製、

改変遺伝子名：

実験の概要：

改変遺伝子の構造略図を添付して下さい。

また、別に第二種使用等拡散防止措置確認申請書（組換えDNA実験計画書）、動物実験計画書の承認を受けて下さい。

予定マウス飼育室（　　　　　　　　　　　　　）

その他希望等があればご記入下さい。

遺伝子改変マウス作製開始予定日は追って連絡させていただきますが、物理的許容度がありますので、研究所長にご一任ください。

受付番号

担当