申込日：　　年　　月　　日

技術研修参加申込書

理化学研究所
バイオリソース研究センター長　殿

責任者
・機関名：
・職　名：
・氏　名：　　印

下記の者につきまして、貴センターで実施する マウス顕微授精に関する技術研修 への参加を申請いたします。

○研修受講者記入欄		
氏名（ローマ字）： 氏名（ふりがな）： 氏　名：　　印	機関名： 所属： 役職・職名：	
住　所：　〒		
電話番号：	E-Mail：	
緊急連絡先：	生年月日：　　年　　月　　日	性別：　男　・　女
実験動物取扱歴　□有　□無 有の場合　（取扱動物種：　　）　（取扱年数：　　年　　カ月）		

研修事項：

課 題 名	：マウス顕微授精に関する技術研修
研修場所	： 理化学研究所（筑波地区）バイオリソース棟内
研修期間	： 2019 年 11 月 25 日 ～ 27 日 （3 日間）

なお、上記技術研修への参加にあたっては、以下の事項に同意します。

1．当該技術研修中に、作成又は取得した研究成果等は、原則として国立研究開発法人理化学研究所（以下「研究所」という。）に帰属するものとする。
2．当該技術研修中に、研究所において知得した情報等（技術研修で配布された資料及びその説明は除く）については、守秘義務を遵守する。
3．当該技術研修中に、研究所の責に帰すべき事由によらず、受講者が被った損害及び受講者が第三者に与えた損害について、研究所は一切の責任を負わないものとする。また、講習生が故意又は重大な過失によって研究所に損害を及ぼした時は、その損害の全部又は一部を賠償させることがある。

以　上