ＢＳＬ2/3病原体等の分譲に関する申告書

令和 　 年 月 日

国立大学法人大阪大学 微生物病研究所

感染症国際研究センター 病原微生物資源室

室長　 飯田　哲也　　殿

所属機関 ・ 職名

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 　　印

申請者の所属する職場の安全管理規程に基づき、上司の分譲の承認を得てからお申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| １.移動させる病原体等の名称とBSLレベル | BSL2：BSL3： |
| ２．分譲依頼先機関の情報 | 分譲機関名 | 国立大学法人大阪大学 微生物病研究所 |
| 分譲機関の移動責任者 | 所 属 | 感染症国際研究センター 病原微生物資源室 |
| 氏 名 | 飯田 哲也 |
| 分譲機関の連絡先 | 住 所 | 大阪府吹田市山田丘3-1 |
| TEL：06-6879-8341, FAX：06-6879-8342E-mail　： shigenshitsu@biken.osaka-u.ac.jp |
| 連絡担当者 | 服部裕美 |
| ３．分譲を依頼する側の所属機関の情報 注1） | 病原体等取扱者名・経験年数等 | 取扱者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印経験年数：電話番号：E-mail　： |
| 病原体等取扱責任者名 | 所 属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 実験室名とレベル | 実験室名：物理的封じ込めレベル （ P1 ・ P2 ・ P3 ） |
| 保管場所名称 |   |
| 機関長名（同意書依頼者） | 　印 |
| ４．取扱い施設の環境注2） | BSL3の取扱い施設として機関で認定されている ： （ 認定済み ・ 未認定 ）実験室が陰圧になっている ： （ 有 　・ 無 ）前室の設置 ： （ 有 　・ 無 ）安全キャビネット ： （ Class2a ・ Class2b ・ Class3 ）高圧蒸気滅菌機器の有無 ： （ 有 　・ 無 ）BSL2の取扱い施設として機関で認定されている ： （ 認定済み ・ 未認定 ）安全キャビネット ： （ Class2a ・ Class2b ）高圧蒸気滅菌機器の有無 ： （ 有 　・ 無 ） |

**【記入上の注意】**

1. 「３．分譲を依頼する側の所属機関の情報」 における機関長名については、大学の場合は学部長以上、

研究所の場合は研究所長以上、企業の場合は所属の部長職以上の者とし、氏名、捺印が必要です。

1. 「４．取扱い施設の環境」 について
	1. 初めて菌株分譲を申し込まれる方は所属機関の公印、又は所属機関長の㊞のある（BSL2/BSL3）認定書類を添えてください。
	2. 未認定の施設の場合は、相当するレベルであることを示す施設の概略図を添えてください。

（※①、②ともに様式自由）