**平成29年度　マイクロCT　SKYSCAN1174　講習会参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　申請日　平成　年　月　日

申請責任者　　所属分野：

　　　　　　　氏名（職名）：

　　　　　　　連絡先（内線）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職名 | 連絡先 | 参加希望日 | その他 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 申請責任者は、教授、または准教授にしてください。
2. 申込者が多い場合には、各分野からの講習会への参加人数を制限させて頂く場合があります。
3. 講習会費は、1,000円/人です。
4. 機器使用料は、登録料10,000円/分野、使用料1,000円/時間です。
5. マイクロCTを使用される場合、機器予約システムでの事前予約をお願いしております。予約システムに関するご質問等は、機能構造系分室の内(uchi-n@d1.dent.kagoshima-u.ac.jp)までお願いいたします。