様式４

平成　３０年　　　月　　　日現在

平成３０年度「形質転換植物デザイン研究拠点」研究参加者リスト

研究課題番号：

研究課題名：

研究代表者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | 所　　　　　　　　　　　　　属 | | | 病原性微生物取扱い経験の有無 | | 宿主の取扱い経験の有無 | 遺伝子組換え実験経験の  有無 | 学生教育研究災害傷害保険の加入状況 | 筑波大学の遺伝子組換え実験従事者登録の有無 |
| 機関名 | 部職名 | 職名 |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| ※本研究参加者リストに変更が生じる場合は速やかに受入担当教員宛てに送付すること。  ※研究に参加する学生については職名欄に学年（学部○年、修士○年、博士（前期・後期）○年）を記載すること。  ※本研究参加者リストに記載のない者についてはセンター利用許可および旅費の支給はできません。  ※学生が参加する場合は学生教育研究傷害保険の加入状況欄を必ず記載すること。  ※継続課題において、前年度に筑波大学の遺伝子組換え実験従事者講習会を受講し、その後従事者登録を行った方は別途更新申請が必要になります。 | | | | | | | | | | |