　　令和　　年　　月　　日

病原体等譲渡届

学長　殿

実験研究責任者　所属

職名・氏名

　旭川医科大学病原体等安全管理規程第15条の規定に基づき、譲渡を届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| 譲渡の理由 |  |
| 理由発生日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 譲渡予定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 保管中の数量 |  |
| 譲渡する数量 |  |

※承認番号が変更となった場合は、変更後の最新の番号を記入すること。

※譲渡後の残量は、旭川医科大学病原体等安全管理規程の規定に基づき適切に保管すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲渡先 | 所在地 |  |
| 組織名 |  |
| 管理責任者所属 |  |
| 管理責任者職名・氏名 |  |
| 管理責任者連絡先 | 電話：  E-Mail： |
| 事務担当者所属 |  |
| 事務担当者職名・氏名 |  |
| 事務担当者連絡先 | 電話：  E-Mail： |
| 大臣許可番号 |  |

※大臣許可番号は、二種病原体等又は家畜伝染病病原体の譲渡時のみ記入すること。

※譲渡先から受領を証明できる書類を入手し、別途提出すること。