

受付番号

サル実験・飼育区域への入室申請書

滋賀医科大学 動物生命科学研究センター
センター長 殿

申請者 氏名: _____

所属: _____

役職: _____

TEL: _____

e-mail _____

(入室予定日: 年 月 日～ 年 月 日)

滋賀医科大学 動物生命科学研究センター サル実験・飼育区域への入室にあたり、下記のことについて誓約し、署名の上申請いたします。

記

1. 入室に当たり何らかの損害を被っても、貴センターの責任は一切問いません。
2. サル由来材料には人に感染する未知病原微生物に汚染されている可能性があることを承知しており、施設内外での材料の取扱いについてはバイオハザード防止の観点から私の責任において充分注意します。
3. ヒト、サル間の共通感染症があることを理解しており、実験・飼育区域への入室に際し、私は結核、麻疹、風疹、インフルエンザ、新型コロナ等に感染していません。また、入室の直近2週間以内に私、家族、近接者に結核、麻疹、風疹、水痘、インフルエンザ、新型コロナ等の感染が発生した場合に入室前に申告し、入室を辞退します。
4. バイオハザードの疑いのある事故が発生した場合には、「事故発生時の対応マニュアル」に従って所定の検査を実施し、これに関わる経費は自己負担とすることを了解します。
5. 許可なく施設内での写真・ビデオ撮影や録音する行為は行いません。

_____ 年 月 日

申請者署名: _____

センター長

印