**（成果公開）ＦＲ－Ｘ利用申込書（学外用）**

　　受付 No.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 |  | 使用開始希望日 | 年　月　日 | 提出日　　　　 | 年　月　日 |
| ご所属 | 　　 |
| ご連絡先 | 電話番号 :　　　　　　　　　E-Mail : |
| ご住所 |  |
| 測定目的 | ・フルデータ測定　　・結晶チェック　　・結晶凍結　　[・技術指導　]　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. **太枠内に必要事項を記入してください。**
2. 測定目的欄は、該当するものに○（複数選択可）。
3. キャンセルする場合は、受付へメール連絡してください。
4. キャンセルした後、再度予約する場合は、利用申込書を再提出してください。
5. 装置使用後は、利用表に必要事項を**必ず記入**してください。

提出先・問い合わせ先；　g-tanaka@eng.osaka-cu.ac.jp（06-6605-3463）

以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 利用日時 |  | 担当 |
|  |  |  |  |
|  | ㊞ |
| フルデータ測定 | 時間 | （10,000円／24時間） | 円 |
| 結晶チェック | 時間 | （5,000円／24時間） | 円 |
| 結晶凍結 | 個 | （無料） |  |
| 技術指導 | 時間 | （3,500円／時） | 円 |
|  | 合計 |   |
| 備考 | ・利用時間が24時間以上の場合は、12時間毎に半額を課金します。・フルデータ測定と結晶チェックの両方を行なった場合は、フルデー料金のみ課金します。 |