

日本ヘリコバクター学会耐性菌基準パネル菌株利用申込書

日本ヘリコバクター学会理事長殿

*Helicobacter pylori*の薬剤感受性試験および関連する研究に用いるために菌株の購入を希望します。

| | | | | |
|---|--|---|------|----------|
| 申請年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | | | | 会員 ・ 非会員 |
| 所属 | | | | |
| 所属上長職・氏名 | | | | |
| メールアドレス | | | 電話番号 | |
| 以下の質問に <input checked="" type="checkbox"/> を記載してください。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | バイオセーフティレベル2の病原体取り扱い基準を満たした研究室（P2実験室）で取り扱うことができる | | | |
| <input type="checkbox"/> | 病原体取り扱いについての知識と経験を持っている 病原体取り扱い歴 _____ 年 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 目的外使用および他機関への二次分与はしない 上記に相違ないことを誓います | | | |
| 署名 | | | | |
| 利用金額【1株あたり 会員：11,000円（税込）、非会員：55,000円（税込）】 | | | | |
| 菌株名 | 申し込む菌株に <input checked="" type="checkbox"/> | 該当金額に <input checked="" type="checkbox"/> | | / |
| JSHR 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> 55,000円 | | 合計金額 |
| JSHR 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> 55,000円 | | |
| JSHR 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> 55,000円 | | |

太線内の項目についてすべてご記入ください

所属機関の病原細菌の受け入れ規定を確認し、必要書類があれば添付してください。

事務局記載項目

| | |
|-------|--|
| 受付年月日 | |
| 項目確認 | |
| 整理番号 | |

日本ヘリコバクター学会事務局

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F

(一財) 口腔保健協会内

TEL:03-3947-8891 FAX:03-3947-8341

E-mail jshr@kokuhoken.or.jp