

## 提供承諾書

年 月 日

京都大学大学院医学研究科 御中

<<利用者>>

住所：〒

機関名・会社名：

機関長：

印

研究責任者：

印

担当者：

印

利用者は、下記の条件で寄託者から提供承諾を受けたことを京都大学大学院医学研究科に報告します。

### 記

課題名（生物遺伝資源提供同意書と同一内容でご記入下さい。）
リソース名 NBRPRat No. _____（系統名：_____）
利用条件（提供条件）（カタログ及びホームページに掲載された条件をご記入下さい。）

<<寄託者>>

寄託者は、上記の条件で利用者への提供を承諾いたします。

住所：〒

機関名・会社名：

機関長：

印

研究責任者：

印

担当者：

印

年 月 日

なお、本承諾書の有効期限は、本書の日付から6ヶ月以内とします。

\*\*\*\*\*

本状の送付先： 住所：〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

ナショナルバイオリソースプロジェクト「ラット」

京都大学大学院医学研究科附属動物実験施設

（提供者記載欄）（受付日 年 月 日）

（受付番号 ）

（User No. ）