

# BSL2/3 病原体等の分譲に関する申告書

令和 年 月 日

国立大学法人大阪大学 微生物病研究所  
感染症国際研究センター 病原微生物資源室  
室長 飯田 哲也 殿

所属機関 ・ 職名

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

申請者の所属する職場の安全管理規程に基づき、上司の分譲の承認を得てからお申し込みください。

1. 移動させる病原体等の名称と BSL レベル	BSL2 : BSL3 :		
2. 分譲依頼先機関の情報	分譲機関名	国立大学法人大阪大学 微生物病研究所	
	分譲機関の移動責任者	所 属	感染症国際研究センター 病原微生物資源室
		氏 名	飯田 哲也
	分譲機関の連絡先	住 所	大阪府吹田市山田丘 3-1
TEL : 06-6879-8341, FAX : 06-6879-8342 E-mail : shigenshitsu@biken.osaka-u.ac.jp			
連絡担当者	田中 美智男		
3. 分譲を依頼する側の所属機関の情報 <sup>注1)</sup>	病原体等取扱者名 ・ 経験年数等	取扱者名 :	印
		経験年数 : 電話番号 : E-mail :	
	病原体等取扱責任者名	所 属	
		氏 名	印
	実験室名とレベル	実験室名 : 物理的封じ込めレベル ( P1 ・ P2 ・ P3 )	
保管場所名称			
機関長名 (同意書依頼者)	印		
4. 取扱い施設の環境 <sup>注2)</sup>	BSL3 の取扱い施設として機関で認定されている : ( 認定済み ・ 未認定 ) 実験室が陰圧になっている : ( 有 ・ 無 ) 前室の設置 : ( 有 ・ 無 ) 安全キャビネット : ( Class2a ・ Class2b ・ Class3 ) 高圧蒸気滅菌機器の有無 : ( 有 ・ 無 ) BSL2 の取扱い施設として機関で認定されている : ( 認定済み ・ 未認定 ) 安全キャビネット : ( Class2a ・ Class2b ) 高圧蒸気滅菌機器の有無 : ( 有 ・ 無 )		

**【記入上の注意】**

- 注1) 「3. 分譲を依頼する側の所属機関の情報」における機関長名については、大学の場合は学部長以上、研究所の場合は研究所長以上、企業の場合は所属の部長職以上の者とし、氏名、捺印が必要です。
- 注2) 「4. 取扱い施設的环境」について
- ① 初めて菌株分譲を申し込まれる方は所属機関の公印、又は所属機関長の印のある（BSL2/BSL3）認定書類を添えてください。
  - ② 未認定の施設の場合は、相当するレベルであることを示す施設の概略図を添えてください。
- (※①、②ともに様式自由)