VariMAX利用申込書

受付 No.

氏　　名		使用予定日	年　　月　　日	提出日	年　　月　　日
所　　属	学部・研究科　　研究室（指導教員　　）				
連 絡 先	内線：　　E-Mail：				

・**太枠内に必要事項を記入してください。**
・利用申し込みする場合は、タイトルに「**本人使用申込**」と記入してください。
・利用時間は12時～翌日の12時までです。（何サンプルとってもOKです。）
・1回の予約が終わるまでは次の予約ができません。
・測定が24時間以上かかると事前に分かっている場合は、必要な日数を記入してください。
・１サンプルで24時間以上かかる場合のみ、翌日の１２時を越しても可。（要相談）
・予約する場合、カレンダーの使用予定日が空きであることを確認した後、利用申込書を提出してください。（カレンダーの使用については、下記にお問い合わせ下さい。）
・キャンセルする場合は、受付へメール連絡してください。
・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。
・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；　uketsuke_varimax@ocarina.osaka-cu.ac.jp

以下は記入しないでください。

依頼受付番号	依頼者名	学部・研究科	研究室名	指導教員名	連絡先

結晶チェック日	受付日	利用日時	支払い財源	担当
			○　運営交付金 ○　その他の財源	
		～		㊞