|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏　名****（指導教員名）** | **（　　　　）** | **□ 教職員****□ 学生****（学生の場合は指導教員名を必ず記入）** |
| **連絡先（E-mail）** |  |
| **デモ・相談希望日（選択してください）****8月4日（金）は****展示機の見学のみです** | **□　８月２日（水）** |
| **□　８月３日（木）** |
| **□　８月７日（月）** |
| **希望時間帯** | **：** | **〜** | **：** |
| **持込み試料** | **□　あり****（内容：　　　　　　　　）** | **□　なし** |
| **上記ありの場合****こちらも記入** | **蛍光色素等の種類：****対物レンズの倍率：** |
| **その他要望（あれば）** |  |

**共焦点レーザー顕微鏡FV3000デモンストレーション**

**事前予約申し込みフォーム**

該当する□を■に書き換えてください。