|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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。