バイオマーカー測定機器利用申請書　　　　　　　　　　　　（整理番号：　　　　　）

（申請者→バイオマーカー測定室長→研究推進基盤センター長）

　　　　 　　年　　 月　　 日

所　属：

申請者：　　　　　　　　　　　　　　　　（内線番号：　　　　　）

研究課題名：

測定機器の使用目的とその概要：

使用機器　 □ HISCL-5000 □ Simoa HD-X

倫理審査　　 □ 審査済　　　 □ 未審査　　　　　□ 必要なし

申請区分　　　 □ 新規　 □ 継続

使用希望日：

オペレート　　 □ 申請者・補助者　（□トレーニング受講済　□トレーニング未受講）□ 申請者・補助者＋バイオマーカー測定室によるサポート

　　　　　　　　　　【入室予定者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

測定キット　　　□ 申請者が事前に準備

* バイオマーカー測定室在庫分を使用して、終了後に現物補填
* 使用しない
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※既に測定機器に装填されている共通消耗品はその使用分を現物で補填

していただきます

□ 別紙の注意事項を確認しました

□ 別紙の「申請者によるオペレート時の誓約事項」に従います

バイオマーカー測定機器利用申請書　別紙

注意事項

1. 日々の測定終了後に使用報告書を提出してください。
2. バイオマーカー測定室はヒトの臨床試験実施に準じた環境になっています。常に室内のクリーン化を意識してください。
3. バイオマーカー測定室は土足禁止です。室内空調は22℃設定です（変更不可）。
4. 研究の内容や機器の使用方法によってはバイオマーカー測定室がサポートできない場合があります。
5. バイオマーカー測定室内でのマウス等の動物の取り扱いは禁止です。室外で処理を行い、測定するサンプルのみを持ち込んでください。
6. 測定に必要となるチップやチューブ等の汎用消耗品は各自でご用意ください（少量の場合はバイオマーカー測定室内のものをご使用いただけます）。ピペットマン、ボルテックス、冷凍冷蔵庫、遠心機、安全キャビネット、オートクレーブ等は必要に応じて適宜、ご使用いただけます（-80℃超低温フリーザーの使用は不可）。
7. 測定機器からデータをエクスポートする際に使用するUSBメモリはセンターに登録済みのものに限ります。他のPCとの直接の接続は禁止です。
8. 定められた使用料（別表）をご負担いただきます。お支払い方法は別途お打ち合わせの上で決定します（2025年度以降に適用）。

申請者によるオペレート時の誓約事項

●定められた手順を守らず、過失によって機器トラブルが発生し、補償範囲外の場合は申請者が所属する研究部の研究費で修理関係費を全額負担します。

●使用中にバイオマーカー測定室が不適切と判断した場合は、いかなる状況にあってもただちに測定を中止し、指示に従います。

●測定室内でバイオハザード汚染を発生させた場合は、遅延なくバイオマーカー測定室に報告した上で申請者の責任で適切に清掃を行います。また、機器使用時に発生した固形廃棄物・廃液は申請者が処理をします。

バイオマーカー測定室　使用報告書

日　時：　　　　年　　月　　日　　　　時　～　　時

使用者：　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線番号：　　　　　）

所　属：

使用機器　 □ HISCL-5000

□ Simoa HD-X　（バッチID：　　　　　　）

測定検体数（検量線・QCを含む）：

測定回数(a)：

機器装填消耗品使用量

【HISCL-5000】　　　　 【Simoa HD-X】

チップ(=a)：　　　 個　　　　 チップ(=a\*2) ：　　　　個

キュベット(=a)：　　　　個 キュベット(=a+20)：　　　　個

Probe W(=a\*0.5)： mL Buffer1(=a/96\*0.5)：　　　L

Line W(=a\*0.05+0.2)：　　　L Buffer2(=a/96\*0.03)：　　　L

R4試薬(=a\*0.05)：　　 mL

R5試薬(=a\*0.1)：　　 mL

洗浄液(=a\*6)：　　 mL

使用した測定室内汎用消耗品

　　　　　　　　□ チップ（約　　個）　　□ サンプルチューブ（約　　個）

使用した備品

□ ピペットマン □ ボルテックス □ 小型遠心機

□ 冷凍冷蔵庫　　 □ 遠心機　　　 □ 振とう機

□ 安全キャビネット　 □ オートクレーブ □ 掃除機

□ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

確認事項

□ 測定機器正常稼働

□ 室内清掃

□ 廃棄物の処理・持ち帰り