様式第２号

|  |  |
| --- | --- |
| ＊許可年月日  　　　年　　　　月　　　　日 | ＊許可番号  　　第　　　　　　　　　　　　　　号 |

**施　設　使　用　許　可　申　請　書**

　　　　年　　　　月　　　　日

会津大学産学イノベーションセンター長　　様

住所又は所在地

申請者　 氏名又は名称

及び代表者の氏名

　（担当者の所属・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）

（TEL：　 　　　　－　　　 　　－　　　　　　　　）

次のとおり施設を使用したいので、許可してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用する施設の  名　称 | **インキュベーションスペース（会員制）**  **※法人・団体の場合： IDカード使用枚数（　　枚）** | | | |
| 使用目的 |  | | | |
| 使用期日及び  使用時間 | 年　　 　月　　　 日　　　 時　　　 分　～  年　　 　月　　　 日　　　 時　　　 分 | | | **＊** |
| 使用責任者の  住所及び氏名 | （申請者と同じ場合は、「同上」とする。） | | | |
| 共同研究該当の  有　無 | 有　/　無　　（共同研究教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他の参考事項 |  | | | |
| **＊**  許可条件 |  | | | |
| **＊**  受付年月日  受付番号 | 年　　　月 　　日  第　　　　　　　　　　号 | **＊**  受付者 | **＊**  使用料合計  円 | |

備考

１．**＊**印の欄は記入しないこと。

２．使用時間は,準備及び撤去の時間を含めて記載すること。

３．該当の有無を○で囲むこと。

４．使用目的に関する資料（研究内容等）を添付すること。

５．使用料の支払いについては、別途交付する請求書に沿ってお支払いください。使用日（使用開始日）の翌月同日が支払期限となります。（使用日（使用開始日）の翌日同日が日曜日その他の休日、土曜日又は12月29日から1月3日までのいずれかに当たるときは、これらの日の翌日が支払期限となります。）