様式１

年　　月　　日

登　録　者　管　理　依　頼　書

九州大学アイソトープ統合安全管理センター長　殿

支払責任者
所　属
e-mail:
TEL:
氏　名　　印

以下のとおり、登録者管理を依頼致します。

期間：　　年　　月度　（　～　　年　　月度[1]）

登　録　者　氏　名	支払財源[2]	プロジェクトコード	備　考

※この依頼書は、支払責任者毎に取りまとめて提出すること。

＊１　複数月の依頼をしたい場合は、この欄を使用。

＊２　支払財源を、授業料/自己収入、寄附金、文部科研、厚労科研、受託研究、共同研究、外部資金間接経費、その他（明記の事）の中から選んで、記入すること。