[ ] で表示されたセルは入力必須です。
フォームに必要事項を入力の上、プリントアウトしてご署名、日付をご記入の上、弊社までPDFをメール添付にてお送りください。

ATCC
THE ESSENTIALS OF LIFE SCIENCE RESEARCH GLOBALLY DELIVERED™

n and
to:

フナコシ株式会社 ATCC製品担当
東京都文京区本郷2-9-7
Tel: 03-5684-1645
atcc@funakoshi.co.jp

New Account Application BSL 2

New Accounts are subject to approval. Print or type all information to be legible.

All information gathered will be used for ATCC purposes only. Your information will not be shared with any outside organization. Please allow 3 to 5 business days after receipt of completed application for account approval.

Organization Information	
Funakoshi University	
Department: Faculty of Pharmacy, Pharmacology	Web Site Address: https://www.funakoshi.co.jp/

部署/研究室単位でのユーザー登録になります。
機関名・部署/研究室名は、
必ず略さずに最後まで、正式な表記でご記入下さい

Check type of organization:

- [x] University/Education
- [ ] Diagnostic Lab
- [ ] Industrial
- [ ] Government
- [ ] Research Foundation
- [ ] Pharmaceutical/Drug Discovery
- [ ] Manufacturing
- [ ] 3rd Party Purchasing Agent (billing only)
- [ ] U.S. Government
- [ ] Biotechnology/Life Science
- [ ] Food Processing/Agriculture
- [ ] Hospital/Clinic
- [ ] Contract Laboratory
- [ ] Environmental

該当する項目にチェック（✔）してください

Billing Address (Invoices will be sent to this address)
Please verify this information with the accounts payable department for your organization.

First Name	Middle Name	Last Name
Department	Building	Room Number
Street Address/P.O. Box		City
State/Province	Zip/Postal Code	Country
Telephone (including Country Code)	Fax (including Country Code)	E-mail (of contact name)

日本の研究機関・企業にご所属のお客様はご記入不要です。

Shipping Address (Complete street address; PO Boxes are not acceptable)

First Name	Middle Name	Last Name
Department	Building	Room Number
Street Address (PO Boxes cannot be accepted)		City
State/Province	Zip/Postal Code	Country
Telephone (including Country Code)	Fax (including Country Code)	E-mail

Primary End User
研究部門/研究室の責任者（教授・研究室長等）
のお名前・役職・連絡先を記載してください。

End User Information (Primary End User)			
First Name: Taro	Middle Name:	Last Name: Funada	Title: Professor
Department: Pharmacology		Building:	Room Number:
Street Address (PO Boxes cannot be accepted): 2-9-7 Hongo			City: Bunkyo-ku
State/Province: Tokyo	Zip/Postal Code: 113-0033		
Telephone (including Country Code): 81-3-5684-1645	Fax (including Country Code): 81-3-5684-6539		E-mail: taro@funakoshi.co.jp

例）Professor, Group Leader, Manager, President 等

製品をきちんとお届けできるよう
正確に最後までご記入下さい

Additional End User Information			
First Name: Koshio	Middle Name:	Last Name: Funaki	Title: Associate Professor
Department:		Building:	Room Number:
Street Address (PO Boxes cannot be accepted):			City:
State/Province:	Zip/Postal Code:		Country:
Telephone (including Country Code):			E-mail: koshio@funakoshi.co.jp

Additional End User
上記責任者の元、今回分譲依頼される方、今後分譲依頼される可能性の
ある方のお名前・役職・連絡先を記載してください。

住所・電話は
Primary End Userと同一の場合、
入力は不要です。

Additional End User Information			
First Name: Funako	Middle Name:	Last Name: Funayama	Title: Student
Department:		Building:	Room Number:
Street Address (PO Boxes cannot be accepted):			City:
State/Province:	Zip/Postal Code:		Country:
Telephone (including Country Code):			E-mail: funako@funakoshi.co.jp

Additional End User が2名以上いる場合は、
この行をコピーして追加して記載してください。
このエクセルフォームは文字情報保護のため、シートに
ロック（保護）を掛けてあります。お手数ですが、
『校閲』タブで「シートの保護を解除」をクリックして、
追加登録人数分の行をコピーして
追加してご記入ください。

Bios ... moderate hazards to personnel and the environment. It differ... ning in handling pathogenic agents and are supervised by scientists competent in handling infectious agents and associated procedures; 2) access to the laboratory is restricted when work is being conducted; and 3) all procedures in which infectious aerosols or splashes may be created are conducted in biological safety cabinets (BSCs) or other physical containment equipment.
The following standard practices, special practices, safety equipment, and facility requirements apply to BSL-2. Please check all that apply.

BSL-2は、個体と環境に中程度の危険をもたらす病原体が関与する作業の格付けです。BSL-1とは、次の点で異なります。1)実験室の担当者は、病原体の取り扱いについて特定のトレーニングを受けており、感染性病原体の取り扱いと関連手順に精通した科学者によって監督されています。2)作業中は、実験室へのアクセスが制限されます。3)感染性エアロゾルまたは飛沫が発生する可能性のあるすべての手順は、生物学的安全キャビネット(BSC)またはその他の物理的封じ込め装置で実施されます。以下の標準的な実習、特別な実習、安全装置、および施設の要件がBSL-2に適用されます。該当するものをすべてにチェックを付けてください。

Access Control

- ☑ Access to laboratory is controlled with doors and sealed windows present. 実験室へのアクセスは、ドアと密閉された窓が存在する状態で制御されます。
- ☑ All persons entering the laboratory are advised of entry/exit requirements through training and signage, with hazards and responsible parties' information posted. 実験室に入る全ての人は危険と責任者の情報をトレーニングと標識を通して出入り要件について通知されます。
- ☑ Policies are in place to prevent consumption of food/beverages. 飲食を防ぐためのポリシーが実施されています。
- ☑ Personal protective equipment is provided to employees and visitors. Please list the types of PPE (select all that apply):
  個人用保護具は従業員と訪問者に提供されます。該当するものを選択してください。
  - ☑ Laboratory coat/gown 実験用白衣
  - ☑ Eye/face protection 保護メガネ、フェイスシールド

該当する項目にチェック（✔）
もしくは詳細を英語で記載してください。
BSL2製品をご購入いただくためには、
全ての項目にチェックが必要です。

該当する項目にチェック（✔）
もしくは詳細を英語で記載してください。
BSL2製品をご購入いただくためには、
全ての項目にチェックが必要です。

- ☑ Gloves グローブ
- ☑ Respiratory protection 呼吸保護具
- ☑ Safety shoes 安全靴

Training

☑ Are laboratory personnel trained prior to assuming their duties and on an annual basis? Are they trained on a laboratory specific biosafety manual that includes PPE, minimization of splashes, hand washing, sharps and spill training?実験室の職員は、職務を引き受ける前、それ以降は毎年、訓練を受けていますか？個人用保護具、飛沫の最小化、手洗い、鋭利物、および流出訓練を含む実験室固有のバイオセーフティマニュアルでトレーニングを受けていますか？

☑ Does your organization have an occupational health and medical surveillance program in place which offers appropriate immunizations for the materials handled? Is training provided to employees on this program?
あなたの組織には、取り扱われる材料に適切な予防接種を提供する労働安全衛生監視プログラムがありますか？このプログラムで従業員にトレーニングは提供されていますか？

Equipment and Facilities

☑ Are decontamination equipment/procedures in place for the decontamination of surfaces, equipment, and waste? Please list all methods of waste disposal (check all that apply):廃棄物の除染のための除染設備/手順は整っていますか？廃棄物処理に関して該当するものにすべて✔して下さい。

- ☑ Chemical Inactivation 化学的な不活化
- ☑ Autoclave – onsite/contractor オートクレーブ-施設内または外部業者
- ☑ Incineration – onsite/contractor 焼却-施設内または外部業者

☑ Are the appropriate sharps containers provided for the laboratories? 実験室に適切な鋭利物廃棄用の容器がありますか？

☑ Are hand washing facilities provided in the laboratories? Is an eyewash station available? 手や目を洗う設備は整っていますか？

☑ Is laboratory furniture provided that is designed for easy cleaning and made of appropriate material to withstand the laboratory work being performed? 簡単に掃除できるように設計され、実行中の実験室作業に耐える適切な材料で作られた実験室用家具が提供されていますか？

☑ Are facilities kept free from accumulations of rubbish, unwanted materials and objects that present hazards from tripping, fire, explosion and harbourage of pests? 施設は、つまずき、火災、爆発、害虫の潜伏などの危険をもたらすゴミ、不要な物質、物体の蓄積がないように保たれていますか？

☑ Biosafety cabinets (BSC) are required for the manipulation of BSL 2 or higher infectious materials. Please indicate the BSC type and certification schedule: BSL2以上の感染性物質の操作には、バイオセーフティキャビネット(BSC)が必要です。BSCの種類と点検スケジュールを示してください。

- ☐ Class I

Explain:

- ☑ Class II
  - ☐ A1
  - ☑ A2
  - ☐ B1
  - ☐ B2
- ☐ Other

Explain:

☑ Certification Schedule

- ☐ Biennial
- ☑ Annual
- ☐ Other

Explain:

☑ I acknowledge that the information listed in this facility description is current, complete ar knowledge. I understand the hazards associated with the material we are requesting and appropriate laboratory containment as determined by our institutional policies and procedures.
この施設の説明に記載されている情報は、私の知る限り、最新で完全かつ正確であることを認めます。私は、私たちが依頼するマテリアルに関連する危険性を理解しており、私たちの組織の方針と手順によって決定された適切な実験室の封じ込めの下でそれを扱います。

日付を忘れずにご記入願います。

X Ichiro Funakoshi
Biosafety Officer or Environmental Officer (Print)

X Ichiro Funakoshi February .11 ,2020
Biosafety Officer or Environmental Officer's Signature and Date

生物学的封じ込め（BSL）に関わる
責任者のお名前をご記入ください。
特にいらっしゃらない場合は、
部署/研究室の責任者（教授・准教授など）
のお名前をご記入ください。

全ての項目を入力後、
この用紙の全ページをプリントアウトし、
サイン及び記入日を手書きで記入してPDFにて
ご送付ください。

Intended Use
NOTE: Material purchased from ATCC is usually intended for research use only. For commercial use please contact Licensing@atcc.org **I will use ATCC Material for (check one):** ☑ Research use only ☐ Commercial use ☐ Both research AND commercial use 該当する項目にチェック（✔）をしてください。
Product Use
Please provide a scope of use for the materials: For the pharmachology research. Drug research. Use as control.　など。 使用目的を簡単にご記入ください。
Additional Required Information
· **Material Transfer Agreement (MTA)** The MTA must be completed and signed by an individual at your organization with the ability to execute legally binding documents on behalf of your organization. The MTA can be found on our website at www.atcc.org/mta. · **Curriculum Vitae** A Curriculum Vitae may be required.

If you have questions regarding the status of your application, contact us by phone at 03-56
or by e-mail at atcc@funakoshi.co.jp.

日付を忘れずにご記入願います。

X Taro Funada
Applicant First and Last Name (Print)

研究部門/研究室の責任者（Primary End User）のお名前をご記入ください。

X Taro Funada February 11, 2020
Applicant Signature and Date

全ての項目を入力後、
この用紙の全ページをプリントアウトし、
サイン及び記入日を手書きで記入してPDFにて
ご送付ください。