別紙様式２－２

令和　　年　　月　　日

国立大学法人滋賀医科大学長　殿

申請者　所在地

機関名

代表者　　　　　　㊞

退　去　届

令和　　年　　月　　日付滋医大　第　　　　号で許可された国立大学法人滋賀医科大学バイオメディカル・イノベーション施設を、以下のとおり退去しますのでお届けします。

記

１．退去年月日：　　令和　　年　　月　　日

２．退去研究室・オフィス名：

３．使用許可期間の最終日：

４．原状回復について

・必要性の有無（いずれかにチェックをしてください）：　□有　　□無

・必要性が有の場合は、以下も記入してください

|  |
| --- |
| （原状回復を要する内容）□１　すでに原状回復済□２　令和　　年　　月　　日原状回復予定 |