

共同利用機器・高額医療機器の概要

年 月 日

機 器 名	
形 式	
設 置 場 所	
利 用 申 込 方 法	
講 習 会 の 有 無	
機 器 責 任 者 (連絡先)	部門名： 担当者： 内線電話：                                   MPS： E-mail：
<b>具体的な用途・特徴</b>	
下記に本文をお書きください。図・表・写真は挿入箇所を図1、表1、写真1と明記してください。 図・表・写真を含み刷り上り1~2ページです。 共同利用機器を使って発表された業績・成果がありましたら、それをご記入ください。	

※ 本書式と共に図・表・写真データを添付して横浜市立大学医学会事務局へEメールでお送りください。  
図・表・写真は、それぞれ別のファイルとし、ファイル名は必ず著者名を入れ、拡張子も付けてください。

ファイル名	図・表・写真の表題
〈例〉 横浜太郎-写真1.jpg	機器概観