

様式1

教育訓練用サルモデルを用いた実験用サル類の取扱い技術講習会 受講者票

技術講習会希望日	
受講する級	(ご指定不要です)

氏名		フリガナ	
性別	男性	女性	年齢
会社名			
所属部署			
職種			
郵便番号	〒		
会社所在地			
TEL		FAX	
E-MAIL			
実験動物業務経験年数	年		
実験動物技術者資格の有無	1級	2級	なし 該当箇所にし点を付してください

〔これまでに取り扱ったサル類〕

主な取扱サル種	カニクイザル	アカゲザル	マーモセット	リスザル	その他:
経験年数					
頭数					

〔受講者の業務内容〕 下記の選択肢より選んで数字をご記入ください

サル種	カニクイザル	アカゲザル	マーモセット	リスザル	その他:
健康観察					
清掃					
給餌					
捕獲(ケージ内鎖利用)					
保定(腕部把持法)					
体重測定					
体温測定(直腸温)					
経口投与					
経鼻投与					
筋肉内投与					
皮下投与					
皮内投与					
大腿内側静脈採血					
後肢伏在静脈採血					
後肢伏在静脈内留置					
外貌検査					
気管挿入					
脳脊髄液採取					
安楽殺					
輸送箱からの捕獲					
直腸便採便					
薬浴					
検疫飼育管理					
異常発生時対応					

〔選択肢〕

1. ほぼ毎日おこなっている。
2. 一週間に1~2回程度おこなっている。
3. 一ヶ月に1~2回程度おこなっている。
4. 一ヶ月以上前におこなっていた。
5. 一年以上前におこなっていた。
6. おこなったことがない。

〔上記の他に受講したい技術がありましたら、下記に記載してください。〕

*: ご協力いただいた結果は技術講習会の目的以外には使用いたしません。
個人を特定する情報を外部に公表することはありません。