

別記様式（学外者用）

令和 年 月 日

大分大学医学部臨床医工学センター 殿

3D プリンタ利用申請書

3D プリンタによる造形を依頼したいので、下記のとおり申請します。

1 企業名		2 代表者名	⑩
3 資本金	万円	4 従業員数	人
5 所在地	〒		
6 業種		7 業機法に係る業許可	
8 担当者名		9 部署・役職	
10 TEL		11 FAX	
12 E-mail		13 URL	
14 来訪希望日時	第一希望	令和 年 月 日 ()	時 分～
	第二希望	令和 年 月 日 ()	時 分～
	第三希望	令和 年 月 日 ()	時 分～
15 開発を計画している医療機器及び造形の目的			
16 造形物の概要 (部品やパーツの場合、全体像がわかるイメージ画像を別途提出)			

17 チェックリスト（該当する場合チェックしてください。ただし、項目すべてに該当しない場合は利用できません）	①医療・福祉機器開発、診断・治療法開発、基礎研究のため 三次元造形を行うものです	<input type="checkbox"/>												
	②自社又は自社が連携する企業等が作成した CAD データです	<input type="checkbox"/>												
	③提出する CAD データは STL ファイル形式です	<input type="checkbox"/>												
	④CAD データは違法な造形物又はその一部もしくは部品ではありません	<input type="checkbox"/>												
	⑤CAD データは第三者の知的財産権を侵害するものではありません	<input type="checkbox"/>												
	⑥作成した造形物は販売等営利目的に使用しません	<input type="checkbox"/>												
	⑦医療・福祉機器開発又は改良、診断・治療法開発、基礎研究以外の目的での利用ではありません	<input type="checkbox"/>												
18 下記の点について、承諾いたします <input type="checkbox"/> （(1)～(4)全てに承諾する場合はチェックしてください）														
①利用状況等により、利用を制限される場合があること														
②本事業の利用により被った直接及び間接の損害について、大分大学は一切の責任を負わないこと														
③大分大学が造形物の写真を撮影し、それを保存すること														
④本事業で三次元造形を行う 3D プリンタの仕様等について A 設置場所 大分大学医学部附属病院産学官連携ものづくり工房 大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1 - 1 イ 設置機種 KEYENCE AGILISTA-3200 < 仕様 >														
<table border="1"> <tr> <td>造形方式</td> <td>インクジェット方式</td> </tr> <tr> <td>積層ピッチ</td> <td>0.015mm-0.020mm-0.030mm</td> </tr> <tr> <td>モデル材料</td> <td>AR-M2（透明樹脂）、AR-G1L（低硬度シリコンゴム）</td> </tr> <tr> <td>サポート材料</td> <td>AR-S1（水溶性樹脂）</td> </tr> <tr> <td>造形サイズ</td> <td>(X)297mm x (Y)210mm x (Z)200mm</td> </tr> <tr> <td>解像度</td> <td>635×400 dpi</td> </tr> </table>			造形方式	インクジェット方式	積層ピッチ	0.015mm-0.020mm-0.030mm	モデル材料	AR-M2（透明樹脂）、AR-G1L（低硬度シリコンゴム）	サポート材料	AR-S1（水溶性樹脂）	造形サイズ	(X)297mm x (Y)210mm x (Z)200mm	解像度	635×400 dpi
造形方式	インクジェット方式													
積層ピッチ	0.015mm-0.020mm-0.030mm													
モデル材料	AR-M2（透明樹脂）、AR-G1L（低硬度シリコンゴム）													
サポート材料	AR-S1（水溶性樹脂）													
造形サイズ	(X)297mm x (Y)210mm x (Z)200mm													
解像度	635×400 dpi													