

特定非営利活動法人バイオグリッドセンター関西 バイオグリッド・テストベッド実証実験 利用申込書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人バイオグリッドセンター関西
理事長 殿

特定非営利活動法人バイオグリッドセンター関西が実施するバイオグリッド・テストベッド実証実験の参加規約に同意し、利用を申し込みます。

<会員名>

団体・個人会員名 _____ 印

<申込代表者>

代表者役職・氏名 _____ 印

部署名 _____

住 所 〒 _____

T E L _____ F A X _____

E-mail _____

<連絡担当者>

担当者役職・氏名 _____

部署名 _____

住 所 〒 _____

T E L _____ F A X _____

E-mail _____

* 上記および次ページのサービスプロバイダ利用申込書に必要事項をご記入の上、FAX または郵送にて下記事務局までお送り下さい

【お問合せ先】 特定非営利活動法人バイオグリッドセンター関西 事務局
〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町 1-4-2
千里ライフサイエンスセンター12階
TEL: 06-6873-2156 FAX: 06-6873-2117

NEC - BIOASP 利用申込書

会員名 _____

1. ご利用期間

利用開始希望日 _____年____月____日

利用終了日 _____年____月____日

2. お申込区分 (いずれかに 印をおつけ下さい)

(1) 新規 (2) 更新・利用期間変更 (3) 削除

注：1 申請あたり、1ID とさせていただきます。

3. ユーザ名 (ご希望のユーザ名をご記入下さい)

nqc- _____

注：4～12 文字の英数字、ハイフン"-","アンダースコア"_"

4. ご使用パソコンの IP アドレス

_____ . _____ . _____ . _____

_____ . _____ . _____ . _____

_____ . _____ . _____ . _____

注：プライベートアドレス不可。ファイアウォール経由でアクセスする場合は、インターネット側のグローバル IP アドレスをご記入願います (詳しくはネットワークご担当者にお尋ね下さい)。

5. 使用ノード数 (ご利用になられるご希望マシンノード数をご記入下さい)

_____ ノード

注：原則 8 ノードとします。8 ノードを超えてご利用希望の場合は、個別にご相談の上、決定させていただきます。

6. その他ご要望等ございましたら、以下にご記入下さい

* お申込いただいた後、本サービスプロバイダのサービス窓口担当より、利用可能通知および利用環境説明書を送付いたします