受付番号

送付日　　年　　月　　日

CROSS　トライアルユース相談フォーム

１.相談者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 (※) |  | フリガナ (※) | |  |
| 職 名 |  | | | |
| 所 属(※) |  | | | |
| 所在地(※) |  | | | |
| E-Mail(※) |  | | | |
| 電話 (※) |  | FAX |  | |

(※)　マークは入力必須項目

２.実験の目的と背景

・実験の目的、科学的背景、研究の重要性と、できれば期待される実験の結果を記述してください。

受付番号

３.想定される実験方法

・実験方法について適宜、図を用いて特徴が明らかになるようにしてください。

４.希望するビームライン　（可能ならご記入ください。）

□　**BL01**：４次元空間中性子探査装置 □　**BL02**：ダイナミクス解析装置

□　**BL15**：大強度型中性子小中角散乱装置 □　**BL17**：試料垂直型偏極中性子反射率計

□　**BL18**：特殊環境微小単結晶中性子構造解析装置

５.中性子ビーム実験の経験 □　あり □　なし

ありの場合にご回答ください。 □　パルス中性子 □　定常中性子

６.その他　疑問・希望等あればご記入ください。