様式1-2（第3条関係）

　　　令和 年 月 日

高知県･高知市病院企業団　企業長 様

依 頼 者

住　　所

名　　称

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**受 託 研 究 依 頼 書**

**(副作用・感染症調査　用）**

高知県･高知市病院企業団立高知医療センター医薬品等受託研究取扱要綱第３条の規定に基づき、下記のとおり研究（副作用・感染症調査）を委託したいので、関係資料を添えて依頼します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．課題名

２．希望症例数　　　　症例

３．実施希望期間　　□契約締結日

から　令和　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　　　□令和　　年　　月　　日

４．希望する担当者名　　　　　科

５．研究等単価（受託研究契約に係る算定基準に基づく。管理経費及び間接経費、消費税及び地方消費税別）

　□ １症例　　　　　　　　□ 20,000円

　　あたり

□ １調査票　　　　　　　□ 10,000円

（□上記以外の場合は単価積算資料を添付：　　　　　　　　円

６．その他（依頼者側の実務担当者連絡先）

営業所の郵便番号と住所：

電話：　　　　　　　FAX:　　　　　　　担当者名：