

共同研究申込書

年 月 日

武田病院グループ
医療法人医仁会武田総合病院
理事長・院長 殿

住 所 _____
名 称 _____
役職・代表者名 _____ (印)

貴院の共同研究契約書、及び、特許出願契約書を遵守の上、下記のとおり共同研究を申し込みます。
なお、本申込については、希望する研究担当者との間で事前に協議済みであることを申し添えます。

記

1 研究題目		
2 研究目的 及び内容	【目的】 【内容】	
3 研究分担	武田総合病院 病院側	
	申込者側	
4 研究期間	共同研究契約書締結日から 年 月 日まで	
5 研究実施場所		
6 研究に要する経費の 負担額 (消費税及び地 方消費税額を含む)	共同研究費	円
	共同研究員 受入費	円
	合 計	円
7 希望する研究担当者 (氏名・所属・職)	〇〇〇〇：医療法人医仁会武田総合病院	
8 申込者側研究担当者 (氏名・所属・職)		
9 提供設備等 (名称・仕様・数量・簿価)		
10 そ の 他		
申込者・事務担当者連絡先		
武田総合病院・担当窓口	医療法人医仁会武田総合病院 医工連携推進室 〒601-1495 京都市伏見区石田森南町 28-1 Tel : 075-572-6331 (代表) E-mail: t-oe@takedahp.or.jp	