西暦　　　年　　　月　　　日

**消耗資材購入委託申込書**

東京大学医学部附属病院長　殿

委託者

住　所

名　称

代表者

下記の臨床受託研究に係る消耗資材について、弊社が負担する経費により、貴院がこれを購入するよう申し込みます。これらの残部につきましては、返還を求めないことを約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |

消耗資材

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名 | 規格　単位 | 品番 | 数　量 | 単　価 | 金額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 消費税　 |  |  |
| 合計金額　 |  |  |