

（受付番号 - ）
年 月 日

（所属）
（氏名） 様

横浜市立大学附属病院 次世代臨床研究センター長

研究支援回答書

標記につきまして、下記のとおり決定いたしましたので回答します。

- 1 申込者 （所属） （氏名） 様
- 2 研究課題名
- 3 支援の可否 可 / 否
 （理由：）
- 4 支援内容
- 5 支援経費 _____円（消費税込）
- 6 支援期間 年 月 日から 年 月 日まで

問い合わせ先
課
担当
TEL
e-mail