

## 業務積算書（見積書）

（所属）

（氏名）

様

年 月 日



横浜市立大学附属病院 次世代臨床研究センター  
〒236-0004  
神奈川県横浜市金沢区福浦1-1-1  
横浜金沢ハイテクセンター・テクノコア5階  
TEL：045-370-7933

下記のとおりお見積り申し上げます。

**研究課題名：**

研究予定期間： 年 月 日～ 年 月 日

支援期間： 年 月 日～ 年 月 日

支援内容	合計金額	備考
合計金額		※金額は税込みとなります。