

第3号様式（第7条関係）

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。