【物品様式２】

【課題管理番号】

平成　　年　　月　　日

**物品持ち出し申請書**

国立研究開発法人日本医療研究開発機構　殿

（補助事業担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属 役職：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　（公印不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業名 |  |
| 補助事業課題名 |  |
| 事業担当者所属　役職　氏名 |  |

下記物品の持ち出しについて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 持ち出し期間 | 平成 年 月 日　～　平成 年 月 日 |
| 持出先機関名設置場所・住所 |  |
| 物品使用者 |  |
| AMED物品管理番号 | 品名 型番 メーカー | 取得価格（円） | 取得年月日 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 持ち出し理　由 |  |