（C*i*CLE様式C-1-2）

【課題管理番号】

令和　　年　　月　　日

国立研究開発法人日本医療研究開発機構

理事長　殿

（支払請求に権限を有する者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | ： |  | |
| 所属 役職 | ： |  | |
| 氏名 | ： |  | 印 |

（代表者印又は権能受任者印）

研究開発費精算請求書

請求額　金　　　　 円也

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 医療研究開発革新基盤創成事業 |
| 研究開発課題名 |  |
| 研究開発担当者  所属 役職 氏名 |  |

上記委託研究開発について、令和○○年度（第△回目）の研究開発費の精算払を請求いたします。

［振込先指定口座]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種目  （どちらかに○をしてください） | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（フリガナ） |  | | |
| 口座名義（漢字） |  | | |

注

1) 「口座名義（漢字）」「口座名義（フリガナ）」は、金融機関へお届けの名義を正確にご記入ください。