

[様式1]

星薬科大学 〒142-8501 東京都品川区荏原2丁目4番41号  
理事長（又は学長） 殿

共同研究代表者 〒○○○-○○○○

ご住所

役職 氏名 印

共同研究実施申請書

下記により ○○○ に関する研究を実施いたしたく申請いたします。

記

共同研究機関及び研究者名			
担当教員等氏名	( 研究室 )		
共同研究内容			
契約日	年 月 日		
契約番号 (参照番号)	No. (No. )		
研究期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
共同研究金額 (記載可能場合、当該部分を記載)	, , 円		○
			一括払
支払予定日（共同研究機関等から星薬科大学に支払われる場合に限る。）	一括払	20XX年 ○月 ○日	分割払
星薬科大学取扱番号 (経理部処理欄)	No.		

星薬科大学 使用欄	承認欄	学長	教室・研究室責任者	受託研究者	処理欄	事務局長	総務部長		経理部長

[原本]  
総務部