公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

　　　年　　　月　　　日

**検体利用料金等の支払依頼書**

講座等名称　　　　　　　　　　　　　所属長　　　　　　　　　　　　　印

担当者　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、バイオメディカルサイエンスセンター検体利用料金等の支払いに充当します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月分請求額 |  |  |
| 内訳 | 講座研究費・研究室研究費 | 円 | 左記のとおり振り替えて下さい。 |
| 科研費 | 円 | 左記のとおり振り替えて下さい。 |
| 奨学寄附金 | 円 | 左記のとおり振り替えて下さい。 |
| 受託事業費 | 円 | 左記のとおり振り替えて下さい。 |
| 受託研究費 | 円 | 左記のとおり振り替えて下さい。 |
| 備考 |  |

* **バイオメディカルサイエンスセンターへ提出して下さい。**

バイオメディカル

サイエンスセンター確認