（様式1）

治験支援業務申込書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人静岡県立病院機構

静岡県立総合病院

院長　小西　靖彦　殿

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　印

　募集要項に従い、静岡県立総合病院で治験支援業務の実施を希望しますので、必要書類を添えて申し込みいたします。

＜添付書類＞

・企業概要及び実績調書（様式2）

・会社パンフレット

・その他（　　　　　　　　　　）

　　担当連絡先

　　部署

　　氏名

　　電話

　　E-Mail