事前相談申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

創薬インキュベーションチームリーダー　殿

以下のとおり、創薬インキュベーションチームの支援依頼にあたり事前相談を申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者連絡先 | 氏　　　名 |  |
| 所　　　属 |  |
| 職　　　名 |  |
| 電話 |  |
| E-Mail |  |
| 希望支援業務（該当する支援業務をチェック） | [ ] 　既知化合物の受託合成[ ] 　新規化合物の受託合成[ ] 　新規化合物のデザイン提案と受託合成[ ] 　創薬全般に関する相談[ ] 　その他 |
| 依頼の概要と目的（秘密情報の記載は不要です。詳細は面談でご提示をお願いします） |  |
| 希望支援期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 備　　　　　考 |  |