（物品様式４－２）

【管理番号】

　　年　　月　　日

預　り　書

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所

理事長　殿

（持出先機関の物品預かり者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属 役職：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

（認印または署名）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 研究開発課題名 |  |
| 研究責任者  所属　役職　氏名 |  |

以下の物品を持ち出しのため、預かりました。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIBIOHN物品管理番号 | 品名 型番 メーカー | | 取得価格（円）(\*) | 取得年月日 (\*) | 備考 |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| (\*)は不明の場合は記載不要 | | | | | |
| 持ち出し元場所 | |  | | | |
| 持ち出し期間 | | 年 月 日　～　 　 年 月 日 | | | |
| 持出先機関名  設置場所・住所 | |  | | | |
| 持ち出し理由 | | 他機関への持ち出し  外部共同利用施設への持ち出し  修理・改修による持ち出し  野外観測による持ち出し  その他理由による持ち出し | | | |