（物品様式５）

【管理番号】

　　年　　月　　日

物品不用・処分申請書

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所

理事長　殿

（物品管理に関し権限を有する者）

機関名：

所属 役職：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代表者印又は権能受任者印）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 研究開発課題名 |  |
| 研究開発担当者  所属　役職　氏名 |  |

下記物品が不用となりましたので、その処分方法についてご通知願います。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置場所・住所 | |  | | | | |
| 不用・処分  予定時期 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 番号 | 品名 型番 メーカー | | 取得価格（円） | 検収日 | NIBIOHN物品管理番号 | 備考 |
| １ |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 不用  理由 | ●添付資料 | | | | | |

　注１．不用理由につきましては、物品の現状を含め、修理不能、修理費用過多等、その理由を具体的に説明してください。

注２．必要に応じ、物品の現状写真等を添付してください。