

【様式 1】

福井県立病院治験支援業務 業者選定に係るヒアリング

【質問票】

令和 7 年 月 日

1. 質問者について

| | |
|---------|--|
| 事業者名 | |
| 所在地 | |
| 担当者職・氏名 | |
| T E L | |
| メールアドレス | |

2. 質問事項について

| 質問事項 |
|------|
| |

3. 提出先について

【提出期限】令和 7 年 1 月 26 日（金）正午 12 時必着

【提出方法】メール（送付後に受信確認を電話で行うこと）

メールアドレス m-kamei-za@pref.fukui.lg.jp

【提出先】福井県立病院薬剤部 亀井美緒（治験業務担当）

【様式2】

福井県立病院治験支援業務 事業者選定に係るヒアリング
【参加申込書】

令和7年 月 日

福井県立病院長 様

代表者（支社の責任者でも可）

郵便番号 :

住 所 :

企 業 名 :

代表者名 :

印

担当者

氏名 :

電話番号 :

メールアドレス :

福井県立病院治験支援業務の事業者選定に係るヒアリング実施要領に基づき、下記のとおり、関係書類を添えて申し込みます。

記

- (1) 会社概要資料（様式任意、既存のパンフレット等でも可）
- (2) 治験契約の実績資料（様式任意）