

(別紙 3)

### 検収権限委託に係る連絡票

経費執行者（貴機関の共同研究代表者）

所属：

氏名：

検収担当部局

機 関 名	
担 当 部 局 名	
担 当 者 名	
住 所	
電 話 番 号	
メールアドレス	

※検収権限の委託に関して、本学の経理担当者から手続きに関する連絡をいたします。

検収マニュアルの有無

あり（※マニュアル等を添付願います。）

なし

**【本件連絡先】**

大分大学 グローカル感染症研究センター

担当：中島

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1 丁目 1 番地

TEL: 097(586)5409 / E-mail: glocal@oita-u.ac.jp