

千葉県知事 様

千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る委託契約
について（申出書）

下記の医療機関（薬局）について、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る委託契約を締結するため契約書を添えて申し出いたします。

記

医療機関名 （薬局名）	フリガナ イリョウホウジンシャダン〇〇カイ △△ビョウイン 医療法人社団〇〇会 △△病院
電話番号	〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
医療機関コード （調剤コード）	（７ケタ） 〇〇〇〇〇〇〇
契約書送付先	☐ 契約書記載の所在地と同じ（ ☒ 有りの場合、 〒〇〇〇－〇〇〇〇 千葉県◇◇市△△１－２－３ △△病院 総務課 ××

未取得の場合

「後日連絡」と記入

※契約書送付時に、医療機関コード（調剤コード）
にて必ずご連絡願います。

千葉県健康福祉部疾病対策課 難病審査班

契約手続完了後、知事印を押印した契約書を送付します。契約書記載の医療機関所在地と異なる場所（法人本部等）への送付を希望する場合は、必ず御記入ください。