

千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約の解除届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所 _____

名 称 _____

代表者名 _____

下記のとおり解除したいので届出します。

記

医療機関名 (薬局名)	
所在地	〒
電話番号	
医療機関コード (調剤コード)	(7ケタ)
解除理由	
解除年月日	年 月 日

※提出先は「千葉県健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。