

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

解除年月日以後の日
(解除年月日と同日可)

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

千葉県知事 様

契約者が医療機関と同一の場合は、
医療機関等の名称を記載します。

〒000-0000

住 所 ○県□市1-3

名 称 株式会社△△

代表者名 代表取締役 □□ ▽▽

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)	〇〇調剤薬局△△店
所 在 地	〒000-0000 ○県△市□1-2▽ビル2階
電 話 番 号	0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0
医療機関コード (調剤コード)	(7ケタ) 0 0 0 0 0 0 0
解 除 理 由	移転によるコード変更のため
解 除 年 月 日	令和○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。