

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変更届

変更年月日以後の日
(変更年月日と同日可)

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。

住 所 ○県□市1-3

名 称 株式会社△△

代表者名 代表取締役 □□ ▽▽

下記のとおり変更したいので届出します。

変更前欄は、変更がない項目も
全て記載してください。

記

	変 更 前	変 更 後
医療機関名 (薬局名)	〇〇ドラッグ△△店	フリガナ マルマルチョウザ イッキョクサンカクサンカケン 〇〇調剤薬局△△店
所在地	〒000-0000 〇県△市□1-1 ▽ビル11階	〒
電話番号	000-000-0000	
変更理由	薬局名称の変更のため	
変更年月日	令和○年□月▽日	
医療機関コード (調剤コード)	(7ケタ)	0000000

※3にあるとおり、
医療機関コード（調
剤コード）に変更が
あった場合は、変更
届ではなく、解除届
を提出し、新しく契
約を締結してくださ
い。

※1 変更後欄は変更があったものについて記載してください。

2 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。

3 医療機関コード（調剤コード）に変更があった場合は、解除届を提出し、新しく契約を締結してください。