年　　月　　日

千葉県知事　様

千葉県特定疾患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、千葉県特定疾患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
電話番号	
医療機関コード （調剤コード）	（7ケタ）
契約書送付先	□契約書記載の所在地と同じ（✔有りの場合、以下記載不要）
	〒

※契約書送付時に、医療機関コード（調剤コード）を取得していない場合は、その旨をご記入の上、後日郵送又は電話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　ＴＥＬ　０４３－２２３－２５７５