

肝炎治療特別促進事業委託契約の変更届

令和 年 月 日

千葉県知事様

住所 _____

医療機関（薬局）名 _____

代表者 _____

下記のとおり変更が生じたので、届出します。

	変 更 前	変 更 後
医療機関（薬局）名		
住 所	〒 ー	〒 ー
電 話 番 号	ー（ ）ー	ー（ ）ー
変 更 事 由		
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	

- ※1 変更後欄は変更があるものについて記載してください。
- 2 提出先は「健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。