

令和〇〇年〇〇月〇〇日

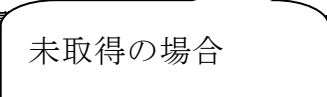
千葉県知事 様

千葉県先天性血液凝固因子障害等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、先天性血液凝固因子障害等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 イリョウホウジンシャダンマルマルカイサンカクサンカクシンリョウジョ 医療法人社団〇〇会△△診療所
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
医療機関コード （調剤コード）	(7ケタ) 〇〇〇〇〇〇〇

※契約書送付時に、医療機関コード（）未取得の場合は、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 難病審議 23-2575