

千葉県特定疾患治療研究事業委託契約の変更届

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

〒000-0000

契約者が医療機関等と同一の場合は、
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	
		更 前	変 更 後
医療機関名 (薬局名)	○ドラッグ△△店		フリガナ マルマルチョウザイヤッキョクサンカクサンカクテン ○○調剤薬局△△店
所在地	〒000-0000 ○県△市□1-1 ▽ビル11階		〒
電話番号	000-0000-0000		
変更理由	薬局名称変更のため		
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。