

別紙1

肝炎治療特別促進事業委託契約の解除届

令和 年 月 日

千葉県知事様

住所 _____

医療機関(薬局)名 _____

代表者 _____

下記のとおり肝炎治療特別促進事業委託契約の解除を申し上げます。

記

1. 医療機関(薬局)名

2. 住 所

3. 電 話 番 号

4. 解 除 理 由

5. 解除年月日 令和 年 月 日

※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。