

肝炎治療特別促進事業委託契約依頼票

担当 _____ (月 日受)

医療機関名 (薬局名)	
住 所	(〒 _____)
電話番号	(_____)
医療機関コード	
特 記	
連 絡 者	1 肝炎治療特別促進事業の受給者又は家族 2 病院長や管理薬剤師等 (氏名 _____) 3 担当者等 _____ 課 担当者名 _____