先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約の申出書

申出年月日：　　年　　月　　日

青森県知事　殿

開設者住所：

開設者氏名：
（法人の場合、法人名及び代表者氏名）

電話番号：

青森県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業にかかる委託契約について下記のとおり申し出ます。

契約申し出を行う医療機関	
【医療機関の種類】 □医療機関（病院・診療所）　□調剤薬局　　□訪問看護ステーション ※該当箇所に☑印を記入してください。	
郵便番号	〒　　－
住所	
医療機関の名称	
電話番号	
医療機関コード	
委託開始希望年月日	年　　月　　日 ※委託開始希望年月日が特にない場合は、申出年月日を記載してください。（申出年月日から委託契約開始となります）
問い合わせ先	（担当部署・氏名） （住所）〒　　－ （TEL）　　（FAX）

（添付書類）　① 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書　*2通提出*

（契約書の取り扱い）

右下「受託者」欄 については、**2通とも記名・代表者印を押印のうえ提出**願います。

知事印押印後、うち１通を申出のあった医療機関に送付します。

作成に当たっては「契約書記載例」及び「委託契約書の押印について（例）」をご確認願います。