

年 月 日

特定疾患治療研究事業委託契約解除届

長野県知事 様

住 所 _____
医療機関等名 _____
代 表 者 名 _____
電 話 番 号 _____

特定疾患治療研究事業に係る委託契約について、契約を解除したいので下記のとおり届出します。

記

医療機関コード	
医療機関等名称	
医療機関等所在地	
解 除 年 月 日	
解 除 理 由	