年　　月　　日

**特定疾患治療研究事業委託契約申出書**

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、下記のとおり申し出ます。

記

**１　契約者**

|  |  |
| --- | --- |
| 契約者氏名（代表者氏名） |  |
| 契約者所在地 |  |

**２　契約対象医療機関等**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |
| 医療機関等名称 |  |
| 医療機関等所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |