

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	