

## 特定疾患治療研究業務委託契約変更届

年 月 日

北海道知事 様

届出者 住 所  
(開設者) 氏 名

印

特定疾患治療研究業務委託契約書に記載した事項について、次のとおり変更がありましたので、届出します。

## 記

1 契約締結年月日 年 月 日

2 変更年月日 年 月 日

3 変更内容

	変更前	変更後
開設者氏名		
開設者の住所	〒 電話 - -	〒 電話 - -
医療機関の名称		
医療機関等の所在地	〒 電話 - -	〒 電話 - -

(注) 以下の場合の変更については、既にある契約を解約し、新たに契約を締結するものとします。

保険医療機関コードが変更になった場合

開設者が自然人であった場合で、開設者が変更された場合

開設者が自然人であった医療機関等が法人化された場合

法人格が変わった場合