

特定疾患治療研究業務委託契約解約届

平成 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を解約したいので届出します。

記

医療機関の名称	
医療機関等の所在地	〒 電話 - -
保険医療機関コード	
契約年月日	
解約年月日	
解約の理由	