

特定疾患治療研究業務委託契約解約届

北海道知事 様

平成 年 月 日

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 | |