

埼玉県肝炎治療特別促進事業に係る委託契約申請書

平成 年 月 日

(あて先)

埼玉県知事

医療機関開設者住所 〒 —

医療機関開設者氏名 ㊟

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱第6の3に基づく委託契約を結びたいので申請
します。

医療機関の種別 (該当するものに○)	1 病院				2 診療所			
	3 法人薬局				4 個人薬局			
医療 機 関	所在地及び 電話番号	〒 — ()						
	名称							
	開設年月日	年 月 日	医療機関 コード					
契約期間の開始 (希望)	平成 年 月 日 から							