先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約の申出書

　　　　年　　月　　日

　和歌山県知事　様

開設者住所

印

開設者氏名

　　　　　　 （法人の場合、法人名及び代表者氏名）

　和歌山県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業にかかる委託契約について、下記のとおり申し出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約申し出を行う医療機関 | | |
| （ 　 ） 病　院  （ 　） 診療所  （ 　 ） 調剤薬局  （ ） 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ  ( ) 介護医療院  該当箇所に（ ○ ）印記入  して下さい。 | 名　 称 |  |
| 医療機関ｺｰﾄﾞ |  |
| 所 在 地 | 〒  （TEL） |
| 委託契約の  申出年月日 | 年　　月　　日 |
| 備　考 |  |
| 担当部署・氏名    （問い合わせ先） |  |

（添付書類） 　先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書　*２通提出*

（契約書の取り扱い）

　　「乙」欄 （受託者）については、**２通とも記名・代表者印を押印のうえ提出**願います。

知事印押印後、うち１通を申し出者に送付します。

作成に当たっては「契約書記載例」及び「委託契約書の記入・押印等について」をご確認願

います。