

特定疾患治療研究事業委託契約解除届

令和 年 月 日

北海道知事 様

届出者 住 所
(開設者)
氏 名

特定疾患治療研究事業委託契約を解除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	
解除年月日	
解除の理由	