

## 先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託契約変更届

年 月 日

北海道知事 様

届出者 住 所  
(開設者) 氏 名

(記名)

先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託契約書に記載した事項について、次のとおり変更がありましたので、届出します。

### 記

1 契約締結年月日 年 月 日

2 変更年月日 年 月 日

3 変更内容

	変更前	変更後
開設者氏名		
開設者の住所	〒 電話 - -	〒 電話 - -
医療機関の名称		
医療機関等の所在地	〒 電話 - -	〒 電話 - -

(注) 以下の場合の変更については、既にある契約を解約し、新たに契約を締結するものとします。

- ① 保険医療機関コードが変更になった場合
- ② 開設者が自然人であった場合で、開設者が変更された場合
- ③ 開設者が自然人であった医療機関等が法人化された場合
- ④ 法人格が変わった場合