

(様式19)

特定疾患治療研究事業委託契約辞退届

平成 年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

医療機関住所

---

医療機関名称

---

医療機関コード

---

開設者 (代表者)

---

印

---

平成 年 月 日をもって、特定疾患治療研究事業委託契約を辞退します。