

(様式 17)

特定疾患治療研究事業委託契約申出書

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

特定疾患治療研究事業委託契約を締結したく申し出ます。