

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約辞退届

令和 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

令和 年 月 日をもって、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約を辞退します。