

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約申出書

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

---

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約を締結したく申し出ます。