

年 月 日

岩手県知事 様

所在地
名 称
代表者

印

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施申出書
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業を実施したいので次のとおり申し出ます。

記

実施機関名	
代表者氏名	
所在地	〒 ー
電話番号	
事業実施開始日	年 月 日から

(注) 1 この申出書により実施要綱第5に基づき事業実施にあたっての委託契約を貴機関と締結します。

2 記入上の留意事項

- (1) 名称は、正式名称（法人にあってはその名称、代表者氏名）を記入のこと。
- (2) 事業実施開始日は、本事業により対象患者に対して医療費の給付を開始しようとする日とします。

3 提出先

〒020-8570 岩手県保健福祉部健康国保課
健康予防担当（難病）あて

（郵便番号のみで、住所の記載は要しません。）