様式７

先天性血液凝固因子障害等治療研究委託契約申請書

年　　　月　　　日

　広 島 県 知 事　様

申 請 者 　住 所

（開設者）

氏 名

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の委託を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 |  | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | 〒　　　　-  TEL　　　　－　　　　－ | | | | | | |
| 保険医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |

（注１）申請者が法人の場合は、法人事務所の住所、法人名、代表者名を記入してください。

　（注２）保険医療機関コードが決定していない場合は、契約することができません。