様式８

先天性血液凝固因子障害等治療研究委託契約変更届

年　　　月　　　日

　広 島 県 知 事　様

届出者 　住 所

（開設者）

氏 名

先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託契約書に記載した事項について、次のとおり変更がありましたので届出します。

　１　契約締結年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

　２　変更年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 開設者氏名 |  |  |
| 開設者住所 | 〒　 　　－  TEL　　　　　－　　　　－ | 〒　 　　－  TEL　　　　　－　　　　－ |
| 医療機関  名称 |  |  |
| 医療機関  所在地 | 〒　 　　－  TEL　　　　　－　　　　－ | 〒　 　　－  TEL　　　　　－　　　　－ |

（注意）保険医療機関コードが変更になった場合は、現在の契約を解約し、新たな契約が必要です。