

年 月 日

福島県知事

(契約医療機関)

住 所

名 称

代表者

印

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る委託契約の解約について
年 月 日付で契約した標記契約について、委託契約書第8条の規定に
基づき、下記の理由により解約したいので申し出ます。

記

※ この届は同様の内容を備えつけている場合には、任意の様式で差し支えありません。