年　　月　　日

**特定疾患治療研究事業委託契約変更届**

長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　特定疾患治療研究事業に係る委託契約について、下記のとおり変更となりましたので、届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 契約者氏名 |  |  |
| 契約者所在地 | 〒 | 〒 |
| 医療機関コード |  |  |
| 医療機関等名称 |  |  |
| 医療機関等所在地 | 〒 | 〒 |
| 変更年月日 |  | |
| 変更の理由 |  | |