年　　月　　日

**特定疾患治療研究事業委託契約解除届**

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、契約を解除したいので下記のとおり届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |
| 医療機関等名称 |  |
| 医療機関等所在地 |  |
| 解除年月日 |  |
| 解除理由 |  |