

年 月 日

青森県知事 殿

住 所
〔 法人にあっては、主
たる事務所の所在地 〕
氏 名
〔 法人にあっては、名
称及び代表者の氏名 〕
電 話

申 出 書

下記のとおり、青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく対象医療を行うことを申し出ます。

記

- 1 薬局名・住所

- 2 契約開始希望日

_____年 月 日

- 3 「肝炎治療特別促進事業」に対するオンライン資格確認への対応状況
(県では、オンラインで資格確認を行うことができる医療機関を県ホームページに掲載し、助成対象者に情報提供したいと考えております。以下の情報は今後県ホームページで公表される可能性がございますので、予めご了承ください。)

対応あり 対応なし