　　年　　月　　日

　青森県知事　　三　村　申　吾　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約解約届

　下記のとおり解約したいので、届出します。

記

　　１．解約年月日：　　　年　　月　　日

２．解約の理由：