

年 月 日

青森県知事 三 村 申 吾 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