別紙２

**肝炎治療特別促進事業委託契約の変更届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　千　葉　県　知　事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関（薬局）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　下記のとおり変更が生じましたので、届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| 医療機関（薬局）名 |  |  |
| 住　　　　　所 | 〒　　　－ | 〒　　　－ |
| 電　話　番　号 | ―（　　　　）― | ―（　　　　）― |
| 変　更　事　由 |  |  |
| 変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　 |

**※１　変更後欄は変更があるものについて記載してください。**

**２　提出先は「健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。**