|  |
| --- |
|  令和 年 月 日 愛媛県知事 中 村　時 広 様 所 在 地　　 医療機関名　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名  先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約申込書 愛媛県が実施する先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の委託契約を締結したいので申込みをします。 |
|  開設者の所在地 （住所）及 び 氏 名 |  |
|  医療機関の所在地 及 び 名 称 |  〒　　- 　　 (℡　　-　　-　　)  |
|  開設年月日 |  平成 年 月 日 |
|  管理者 の所在地 （住所）及 び 氏 名 |  |
|  医療機関コード |  |
|  許可病床数 |  |
|  診 療 科 目 |  |
|  医 師 (常 勤) |  人 |  医 師 (非常勤) | 人 |

　※診療科目等の各項目は別紙可。