（様式第９－３）

長崎県肝炎治療特別促進事業委託契約辞退届

下記のとおり委託契約について辞退の届出をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬　　局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 辞退年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 備　　　　　　　考 | |  |

年　　　　月　　　 日

開設者住所

法人にあっては、

主たる事務所の所在地

開設者氏名

法人にあっては、

名称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**印**

　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　郵便番号・住所

長崎県知事　　　　　　　　　　　　様