

様式第9号

平成 年 月 日

福島県知事 内堀 雅雄

(契約医療機関)

住 所

名 称

代表者

印

遷延性意識障がい者治療研究事業に係る委託契約の解約について

年 月 日付けで契約した標記契約について、委託契約書第8条の規定に基づき、下記の理由により解約したいので申し出ます。

記

※ この届は同様の内容を備えつけている場合には、任意の様式で差し支えありません。