

(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