

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号

所在地

医療機関名

代表者名

印

電話番号

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

先天性血液凝固因子障害等医療給付実施要綱に基づく契約について（申出書）

このたび、先天性血液凝固因子障害等の医療を担当いたしたく契約書を添えて申し出いたします。