

様式第1号-2 (薬局用)

実施申出書

年 月 日

山口県知事 様

(申請者)

所在地	〒	
	住所	
	電話番号	
フリガナ 薬局の名称		
開設者氏名 ※法人にあつて は法人名・及び代 表者名	印	

下記のとおり山口県が実施する肝炎治療特別促進事業を実施したいので申し出をします。

記

事業実施期日	年 月 日									
医療機関コード										

※ 本申出書の提出に際しては、必要事項を記入・押印した肝炎治療特別促進事業委託契約書（薬局用）を2部添付してください。