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  ※法人にあっては法人名・及び代表者名 |  | |

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。

※ 医療機関コードの欄については、左３桁を空けて、右７桁に記入してください。