様式第１号－５（医療機関用）

解約申出書

　　　　年　　月　　日

山口県知事　様

　「山口県肝炎治療特別促進事業」に係る委託契約を解約したいので申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療機関名 |  | |
| 代表者名  ※法人にあっては法人名、及び代表者名 |  | |
| 解約しようとする年月日 | 年　　月　　日 | |
| 解約の理由 |  | |