

契約書への押印等について

契約書作成に際しては、以下のことに御留意願います。

①記載事項については、以下のとおりです。

第1ページ：本県の契約相手方（乙）となる医療機関名

第2ページ：本県の契約相手方（乙）となる医療機関の住所・名称・代表者名

②押印箇所については、以下のとおりです。（下図参照 2箇所）

第2ページ：契約相手方（乙）となる医療機関の代表者名

割印

乙 医療機関の住所 医療機関の名称 代表者名 ○○ ○○	□
---------------------------------------	---

* 契約書の日付は空欄でお願いいたします。

* 契約書は2部、作成願います。

返送先

〒320-8501

栃木県宇都宮市埴田1-1-20

栃木県保健福祉部健康増進課 難病対策担当

Tel : 028-623-3086

Fax : 028-623-3920