大阪府肝炎治療医療費援助契約申込書

大阪府知事様

下記内容にて、大阪府肝炎治療医療費援助契約することを希望します。

<table>
<tr><td rowspan="3">医療機関情報</td><td>医療機関・薬局名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>医療機関コード</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">契約者情報</td><td>契約者住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>契約者名
法人の場合は法人名も記入してください</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">契約書郵送先</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡先担当部署</td><td></td><td>担当者名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡先電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">E-MAIL（ある場合のみ記入）</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

この用紙を下記連絡先までファックスにて送付してください。

ただし、この書類を送付の際に医療機関コードが決定している医療機関・保険薬局でないと契約することができません。

この用紙が到着後、大阪府から契約締結のための書類を送付させていただきます。

契約者情報の欄に記入内容を契約書内の乙として契約書を作成します。

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ **送付・問合せ先** □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

〒540-8570
大阪市中央区大手前 2-1-22

大阪府健康医療部　健康推進室
健康づくり課　生活習慣病・がん対策グループ

電 話:06-6941-0351 （内線 2592）
ＦＡＸ:06-6944-7262