

様式第2号の3（第8条の3）

年 月 日

茨城県知事 殿

（〒 ー ）

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

肝炎治療費助成事業契約の解除について

このことについて、下記により肝炎治療費助成事業に関する委託契約を解除します。

記

【解除の理由】