

様式1

在宅難病患者一時入院事業に関する契約申出書

年 月 日

群馬県知事

あて

住 所  
名 称  
代表者  
電 話

印

在宅難病患者一時入院事業を実施したいので、次により契約の締結を申し出ます。

実施医療機関の名称	
所在地	
代表者名	
電話番号	
保険医療機関コード	

\* 1 医療機関名については、正式名称で記入してください。