

先天性血液凝固因子障害等治療研究終了報告書

年 月 日

栃木県知事 様

〒
住 所
電話番号
氏 名

受給者との続柄

下記のとおり終了しましたので報告します。

受給者番号	9	9							受給者氏名	
転 帰	1 治 癒 2 中 止 3 県外転出 4 死 亡 5 その他									
終了年月日	年 月 日									