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

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 | | | | | | | | |