（様式２）

担　　当　　者　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 業　　務　　名 | 令和７年度島根県特定医療費（指定難病）支給認定に係る  医学的確認業務 |
| 商号又は名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号  （内線番号） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ＭＡＩＬ |  |

（注） 本業務にかかる担当者として１名を選任し、質疑等の窓口を一本化すること。