|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日 |  |

様式４

|  |  |
| --- | --- |
|  | 秋田県知事　　　　　　　あて |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  |  |
| 団体名 |  |  |
| 代表者名 |  |  |

補助事業中止承認申請書

　　　　　年　　月　　日付指令医―　　　　により交付決定を受けた補助事業を中止したいので、承認されるよう申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 補助金の名称 | 地域医療連携推進法人設立等事業費補助金 |  |
| ２ | 補助金申請額 | 　　　　　　　　　　　　円 |  |
| ３ | 中止する理由 |  |
| 　 |

住所：

団体名：

責任者（担当者）名：

電話：　　　　　　　　　　　メールアドレス：