（様式４）

　　年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金事業実施状況報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった標記補助金について、神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付要綱第８条に基づき、○○年○○月○○日現在の補助事業の実施状況について報告します。

　１　事業名　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

　２　補助事業の執行状況

　３　補助事業経費の執行状況

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

注：支出の根拠としない場合には押印不要