（様式３）

文書番号

令和　年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

令和　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変更（中止、廃

止）承認申請書

令和　年　月　日付け健総第　　　号により交付決定があったかながわ地域看護師養成事業費補助事業について、次のとおり事業変更（中止、廃止）し、承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　内　容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
|  |  |  |

２　変更（中止、廃止）の理由

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール　○○○○＠○○○○