（様式４）

第　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

高知県知事

ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援決定について（通知）

年　月　日付けで申請のありました高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援の申し込みにつきまして、貴社をプロジェクトで支援させていただくことが決定しましたので通知します。