（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パートナーシップ制度」への登録について（通知）

年　月　日付けで提出のありました上記制度への貴機関の登録については、「ヘルスケアイノベーションプロジェクトパートナーシップ制度」実施要領第５条の規定により、登録が完了しましたので通知します。