（様式５）

第　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

高知県知事

高知県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、貴社を当プロジェクトにおいて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。