（様式７）

年　　月　　日

高知県知事　様

所在地

企業名

代表者役職・氏名

高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援制度に係る支援完了（中止）承認申請書

　　　　年　月　日付け　　第　号でヘルスケアイノベーションプロジェクト支援の決定通知がありました事業の支援を完了（中止）したいので、高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援制度実施要領第５条第２項の規定により申請します。

記

１　完了（中止）の理由