（様式８）

第　　号

様

　　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

支援の期間延長（完了・中止）承認（不承認）通知書

　　　　年　月　日付けで承認申請のありました、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の期間延長（完了・中止）については、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３項の規定により、これを承認（不承認）することとしましたので通知します。

　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事