

第2号様式（第7条関係）

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：

薬剤師確保対策事業費補助金変更（中止・廃止）承認申請書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の交付の決定を受けましたことについて、下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、薬剤師確保対策事業費補助金交付要綱第7条第1号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 変更又は中止若しくは廃止の理由及びその内容

2 変更補助金額 金 円

3 添付書類（変更内容を明らかにするもの）