第１号様式（第３条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

福島県知事

補助事業者住所

補助事業者名

福島県地域医療復興事業補助金交付申請書

福島県地域医療復興事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

１　補助事業名

　　認定看護師等養成事業

２　実施医療機関名

３　補助金交付申請額

金　　　　　　　　　　　　円

４　添付書類

(1) 所要額調書（第２号様式）

(2) 所要額明細書（第３号様式）

(3) その他

５　本件責任者及び担当者

　（１）責任者 所属・職氏名・連絡先

　（２）担当者 所属・職氏名・連絡先