（様式第４号）

令和　年　月　日

大阪府知事　様

所在地
法人名
代表者
医療機関名

令和３年度大阪府投薬後健康管理体制確保補助事業中止（廃止）承認申請書

令和　年　月　日付け大阪府指令　　第　　号により交付決定を受けた、投薬後健康管理体制確保補助金事業について事業中止（廃止）承認を受けたいので、大阪府補助金交付規則第６条第１項第３号及び投薬後健康管理体制確保補助金交付要領第７条第４項の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

記

１　交付決定額　　金　　円

２　中止（廃止）の理由

補助金担当者職・氏名	
補助金担当者電話番号	
メールアドレス	