番　　　　　号

　　年　　月　　日

　奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

地域医療勤務環境改善支援事業補助金取下げ申請書

年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　号をもって交付決定の通知があった標記の補助金にかかる申請を下記の理由により取り下げたいので、地域医療勤務環境改善支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり申請します。

記

　　　取り下げる理由