第３号様式

三重県年度臨床調査個人票及び医療意見書電子化推進事業費補助金中止・廃止

承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

三重県知事　あて

医療機関開設者

名称

代表者氏名

　令和　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定のあった標記補助金について、下記の理由により、補助事業を中止・廃止したいので、申請します。

記

1. 中止・廃止する時期
2. 中止の場合

中止期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

1. 廃止の場合

廃止年月日　令和　　年　　月　　日

1. 中止・廃止の理由