様式第１号（第４条関係）

第　　　号

年　　月　　日

　愛媛県知事　　　　　　　様

申請者名　　　　　　　　　　印

愛媛県医師少数区域等における勤務推進事業費補助金交付申請書

　このことについて、愛媛県医師少数区域等における勤務推進事業を下記のとおり実施したいので、愛媛県医師少数区域等における勤務推進事業費補助金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　補助金申請額　　金　　　　　　　　円也

２　事業計画書（別紙１）

３　所要額調書（別紙２）

４　所要額明細書（別紙３）

５　添付書類

(1)歳入歳出予算（見込）書抄本

(2)その他参考となる資料