

様式第2号（第9条関係）

令和8年度愛媛県公衆衛生獣医師インターンシップ助成事業補助金請求書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

住 所

氏 名 印

令和 年 月 日付 第 号で交付の決定及び補助金の額の確定のあった愛媛県公衆衛生獣医師インターンシップ助成事業補助金について、令和8年度愛媛県公衆衛生獣医師インターンシップ助成事業実施要領第9条の規定により請求します。

記

金額 円

※押印を省略する場合は下欄に記入し、電子メールで県の事務担当者及びその上席者並びに下欄の本人責任者に提出すること。

本件責任者（職氏名・連絡先）	
担当者（職氏名・連絡先）	