

(別紙様式 1 (勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金))

文書番号がある場合は記載願
います。
ない場合は不要です。(発出日
付のみお願いします。)

第 1 1 1 1 1 1 号
令和 7 年 1 0 月 2 0 日

愛 知 県 知 事 殿

××市〇〇町 1 - 1 - 1
■■■病院 △△ △△

令和 7 年度勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金の交付
申請について

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 1, 1 2 5, 0 0 0 円
- 2 事業所要額調書 (別紙様式 1 - 1)
- 3 事業計画書 (別紙様式 1 - 2)
- 4 添付書類
 - (1) 歳入歳出予算書
 - (2) その他参考資料