

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10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