別記第３号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

所 在 地

名　　称

代表者名

対象施設名

　　　　年度千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金変更（中止・　　廃止）承認申請書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医指令第　　　　号で補助金交付決定のあった　千葉県小児診療等対応医師確保支援事業を次のとおり変更（中止・廃止）したいので、　　　千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金交付要綱第７条の規定により承認申請　　します。

１　変更（中止・廃止）事業名

２　変更（中止・廃止）の理由

３　変更前計画

４　変更後計画