

千葉県若手医師等グループ解散届出書

年 月 日

千葉県知事 様

グループ代表者
住所

氏名

千葉県若手医師地域定着促進事業給付金交付要綱第3条第6項の規定により、登録届出を行ったグループの解散について届け出ます。

グループ名				
代表者	所属			
	氏名			
	電話			
	E-mail			
担当者 ※1	氏名	電話		
		E-mail		
解散理由 (任意) ※2				

※1 「担当者」欄は、本件についての問合せに対応できる方の氏名・連絡先を記入すること。
なお、代表者が対応する場合は、記入不要。

※2 「解散理由」欄の記入については、任意ですが、今後の業務の参考とするため、可能な範囲で記入をお願いします。