

第 4 号様式

年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者 所在地
名称
代表者職氏名
施設名

令和 6 年度千葉県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関
設備整備事業）変更（中止・廃止）承認申請書

令和 6 年 月 日付け千葉県疾病指令第 号で補助金の交付決定の
あった令和 6 年度千葉県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関設備整備事
業）を次のとおり変更（中止・廃止）したいので、千葉県新興感染症対応力強化事
業（協定締結医療機関設備整備事業）補助金交付要綱第 6 条の規定により承認を申
請します。

- 1 変更（中止・廃止）理由
- 2 変更前計画
- 3 変更後計画

※申請者が法人の場合は、所在地に法人所在地、名称に法人名を記入のこと。

申請者が個人事業主の場合は、名称に個人事業主名を記入し、代表者職氏名は記入不要。

下記例を参照の上、記入してください。

<法人の場合>

所在地 千葉市中央区〇〇町〇番〇号※

※開設者の住所（法人の主たる所在地等）を記載してください。

名称 医療法人社団千葉県庁会

代表者職氏名 理事長 千葉 太郎

施設名 疾病対策課病院

申請書提出の日付を記入
してください

令和〇年〇月〇日

<個人事業主の場合>

所在地 千葉市中央区〇〇町〇番〇号※

※開設者の住所を記載してください。

名称 千葉 太郎

代表者職氏名

施設名 千葉県庁クリニック

補助事業者 所在地
名称
代表者職氏名
施設名

変更・中止・廃止のいずれかを
記載してください。

※申請を取り下げる場合には、
廃止と記載してください。

令和6年度千葉県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関
設備整備事業） 変更（中止・廃止）承認申請書

令和6年 月 日付け千葉県疾病指令第 号

交付決定通知書の日付及び
文書番号を記入ください。

った令和6年度千葉県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関設備整備事業）を次のとおり変更（中止・廃止）し、令和6年度千葉県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関設備整備事業）補助事業の承認を申請します。

変更・中止・廃止のいずれかを
記載してください。
※申請を取り下げる場合には、
廃止と記載してください。

1 変更（中止・廃止）理由

2 変更前計画

3 変更後計画

それぞれ記載
してください。

※申請者が法人の場合は、所在地に法人所在地、名称に法人名を記入のこと。

申請者が個人事業主の場合は、名称に個人事業主名を記入し、代表者職氏名は記入不要。