

様式第1号（第5条関係）

川棚町医師確保事業助成金交付申請書

年 月 日

川棚町長 様

申請者 住所

氏名 ⑩

〔 医療機関名及び代表者氏名 〕

電話番号

下記のとおり、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

開設診療科目	
医療機関開設・就業（予定）年 月日	年 月 日 開設・就業（予定）
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 医療機関の開設が確認できる書類 （開設の場合） <input type="checkbox"/> 事業計画書（開設の場合） <input type="checkbox"/> 収支予算書（開設の場合） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類