様式第１号

令和５年１２月２８日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　所在地

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

令和５年度福岡県女性医師就労環境改善事業費補助金交付申請書

このことについて、福岡県女性医師就労環境改善事業費補助金交付要綱第７条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

　１　事　業　名

２　交付申請金額　　　　金　　　　　　　　　　　円

３　経費所要見込額調

４　支出計画書

５　事業計画書

６　誓　約　書　（公益社団法人、公益財団法人は除く。）

　　７　その他添付書類