

様式第4号（第8条関係）

川棚町医師確保事業助成金

交付申請取下げ届出書

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 〕

年 月 日付け、第 号をもって交付決定を受けた助成金について、下記の理由により交付申請を取り下げます。

【取下げ理由】