

様式第6号（第10条関係）

番 号
年 月 日

三重県知事 宛て

補助事業者 所在地
名 称
代表者

令和○年度三重県病院薬剤師キャリア形成支援体制整備事業費補助金
中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け三重県指令医保第 号で交付決定のあった令和
○年度三重県病院薬剤師キャリア形成支援体制整備事業費補助金について、下記のと
おり中止（廃止）したいので、三重県病院薬剤師キャリア形成支援体制整備事業費補
助金交付要領第10条の規定に基づき申請します。

記

1 中止（廃止）する時期

2 中止（廃止）の理由