様式第１号（第５条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　鳥取県知事　平井　伸治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関長名　　　　　　　　　 　印

　　　令和　　年度鳥取県がん専門医療従事者育成支援負担金交付申請書

　令和　　年度鳥取県がん専門医療従事者育成支援負担金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 負担金の名称 | 令和　　年度鳥取県がん専門医療従事者育成支援負担金 |
| 算定基準額 | 金　　　　　　　　円 |
| 交付申請額 | 金　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | 令和　 　年度鳥取県がん専門医療従事者育成支援負担金所要額内訳等及び事業実施計画書（様式第１号） |
| 令和　 　年度鳥取県がん専門医療従事者育成支援負担金収支予算書（様式第２号） |