（様式第４号）

長野県医療意見書電子化等推進事業補助金中止（廃止）承認申請書

番　　号

令和　　年　　月　　日

長野県知事　　様

補助事業者

（所在地）

（名　称）

（代表者）

　令和　年　月　日付け長野県指令　　第　　号で交付決定のあった令和　　年度長野県医療意見書電子化等推進事業補助金を、下記のとおり中止（廃止）したいので、承認してください。

記

１　中止（廃止）の理由

２　中止（廃止）しようとする年月日