

様式第4号(第8条関係)

松本市ヘルスケアサービス等実用化検証事業中止(廃止)承認申請書

年 月 日

(宛先)松本市長

申請者住所(所在地)

企業・団体名

代表者名

電話番号

年 月 日付け 指令第 号で助成金交付決定のありました
松本市ヘルスケアサービス等実用化検証事業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)の内容

(注) 理由について詳細に記載し、中止(廃止)の理由を証する書類を添付すること。