別記様式第３号

第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は，主たる事務所所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は，法人名及び代表者職氏名）

　　事業中止（廃止）承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　号で交付決定を受けたオンライン診療活用検討事業について，次のとおり中止（廃止）の承認を受けたいので，関係資料を添えて申請します。

１　医療機関又は薬局の名称及び所在地

　　　施設名称

　　　施設所在地

２　オンライン診療活用検討事業補助金交付決定額　金　　　　　　　　　　　円

３　中止（廃止）の理由