

回 答 票

平成28年9月16日(金)必着

F A X: 096-385-1754

医療政策課 総務・医事班 西本、太田 行

Eメール: nishimoto-a@pref.kumamoto.lg.jp

平成29年度における補助事業等に係る事業要望について

医療機関名	
担当者職・氏名	
電話番号	
FAX番号	
Eメールアドレス	

注1) 別添の「要望調査対象事業一覧」のうち、希望される補助事業について御記入ください。

注2) 事業内容は、できるだけ詳しく御記入くださいますようお願いいたします。

注3) 回答票到着後に、担当から確認の連絡を入れます。提出後一週間経過しても当方からの電話等がない場合は、お手数ですが、一度確認のお電話等をお願いします。

番号	事業名	事業予定額(円) (補助対象経費)	補助金要望額(円)	事業内容
1				
2				
3				
4				
5				