様式第３号

（　　　　　保健所経由）

番　　　　　　号

　　年　月　日

殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 代表者氏名

　　 年度岡山県結核定期健康診断補助事業中止（廃止）承認について

　　　　　年　　月　　日付け、岡山県指令　第　　　号で交付決定のあったこのことについて、事業を中止（廃止）したいので、岡山県補助金等交付規則（昭和４１年岡山県規則第５６号）第１０条の規定により申請します。

記

１ 中止（廃止）の理由

２　中止の期間