# 様式第３号

令和　　年　　月　　日

岡山県知事　殿

所 在 地

申請者　　名　　称

 法人番号

代表者名

医療機関オンライン化支援事業中止（又は廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付け、岡山県指令保医第　　号で交付決定通知のあった医療機関オンライン化支援事業補助金について、下記のとおり補助事業を中止（又は廃止）したいので、岡山県医療機関オンライン化支援事業補助金交付要綱第８条の規定により、その承認を申請します。

記

１　中止（又は廃止）の理由