様式第１－３号

番　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福　岡　県　知　事　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　年度福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金交付申請書

勤務環境改善医師派遣等推進事業

このことについて、福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金交付要綱第８条の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　交付申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　事業計画書（別紙１－１のとおり）

３　経常利益額算出調書（別紙１－２のとおり）

４　派遣受入医療機関要件調書（別紙１－３（その１及びその２）のとおり）

５　誓約書（別紙１－４のとおり）

６　添付資料

　・　派遣受入医療機関の医師労働時間短縮計画

・　歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

* その他参考となる書類（派遣医師の労働条件通知書（写し）等）

※派遣受入医療機関要件調書は、医師を派遣する医療機関ごとに作成すること