様式第３号

　　年　　月　　日

　　愛知県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　法人等（補助事業者）住所

　　　　　　　　　　　　　法人名等（補助事業者名）

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　受入病院所在地

受入病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文書交付先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

令和５年度愛知県医療従事者応援金事業変更承認申請書

　　　　年　 月　 日付け　　　 第 　 号で交付決定のあった愛知県医療従事者応援金について、下記のとおり事業の内容を変更したいので承認してくださるよう申請します。

記

１　変更の理由

２　変更の内容