

第2号様式

変更後

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住所
氏名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成26年度医師留学支援事業費補助申請に対する選考結果について

貴殿から申請のありました平成26年度医師留学支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 補助事業実施期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 3 補助条件
 - ・提出した留学事業計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定額を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、留学事業計画書（別紙1）等の必要書類を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

第2号様式

変更前

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住所
氏名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成26年度医師留学支援事業費補助申請に対する選考結果について

貴殿から申請のありました平成26年度医師留学支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 補助事業実施期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 3 補助条件
 - ・提出した留学事業計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定額を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、留学事業計画書（別紙1）を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

第3号様式

変更後

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成26年度 医師留学支援事業費補助金 (変更・中止) 承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、下記により(変更・中止)したいので、上記補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 (変更・中止)理由

2 添付書類

- ・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費(変更前と変更後とを比較することができるもの)を明らかにする書類
- ・中止承認申請の場合は、**第5号様式**並びに関連書類

第3号様式

変更前

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成26年度 医師留学支援事業費補助金 (変更・中止) 承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、下記により(変更・中止)したいので、上記補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 (変更・中止)理由

2 添付書類

- ・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費(変更前と変更後とを比較することができるもの)を明らかにする書類
- ・中止承認申請の場合は、**第6号様式**及び**第7号様式**並びに関連書類