様式第７号（第11条関係）

大崎町開業医支援事業補助金取下届出書

年　　月　　日

大崎町長　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定のあった大崎町開業医支援事業補助金について，交付申請を取下げますので，大崎町開業医支援事業補助金交付要綱第11条の規定により届け出ます。

１　理由