

様式第6号（用紙 日本産業規格A4縦型）

実 績 報 告 書

第 年 月 日

静岡県知事 様

所在地
名 称
代表者

年 月 日付け医地第 号において交付決定を受けた産科医等確保支援
事業費補助金について、関係書類を添えて報告します。

（注） 法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。
責任者 職・氏名
作成者 職・氏名