様式第6号(第9条関係)

年　　月　　日

魚沼市長　　　　　　　　様

申請者　所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

医療人材確保及び業務改善支援事業補助金実績報告書

　　　　年　　月　　日付け　　　第　　号で交付決定(変更等承認)のあった、魚沼市医療人材確保及び業務改善支援事業補助金について、魚沼市医療人材確保及び業務改善支援事業補助金交付要綱第9条の規定により報告します。

記

1　補助金実績額

　　　　　　　　　　 　　　　　　円

2　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　(銀行・信用組合・金庫・農協)　　 　 　(本店・支店・支所) |
| ふりがな口座名義 | 　 | 口座番号 | 普通当座 | No. |

3　添付書類

(1)　出勤簿の写し

(2)　源泉徴収票等の写し

(3)　研修実績報告書(任意様式)

(4)　対象経費の支払いの確認できるもの

(5)　その他市長が必要と認めるもの