様式第２号

 　　 　番　　　　　　　号

 　 年 月 日

島根県知事　　様

 　 　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和　　年度島根県病床数適正化支援事業費給付金実績報告書

 令和　　年　　月　　日付け指令　　医第　　　号により交付決定を受けた病床数適正化支援事業費給付金に係る事業実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　精算額

　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

・　病床数の変更を保健所等へ届け出た書類の写し