（推薦様式）

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　 (所　在　地)

　　　　　　　　　　　　　　　　（郡市医師会長 又は 市町村長名）

医療連携推進事業費補助金の交付申請について

　このことについて、下記事業は標記補助金の交付に適していると認められますので、推薦します。

記

　１．申請者名

　２．事 業 名

　３．推薦に当たっての意見

担当者職・氏名

連絡先