（様式５）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金事業実績報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助事業名　　　　　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

２　経費精算額調書　　（別に定める様式のとおり）

３　事業実績報告書　　（別に定める様式のとおり）

４　事業実績額明細書　（別に定める様式のとおり）

５　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出決算（見込み）書の抄本

（当該補助事業に係る決算額を備考欄に記入すること。）

(2) その他参考となる資料（導入機器等の納品書及び写真、研修実施結果等）

　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○