様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

　神栖市長　　　　　　様

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

神栖市医師Ｕターン推進事業費補助金交付申請書

　神栖市医師Ｕターン推進事業費補助金について，神栖市医師Ｕターン推進事業費補助金交付要項第４条の規定に基づき，関係資料を添えて申請します。

記

１　補助金申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

(1) 市内医療機関で勤務していることを証する書類

(2)　第２条第１号に規定する要件を満たしていることを証する書類

(3)　履歴書

　(4)　医師免許証の写し

(5)　その他市長が必要と認める書類