

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