第６号様式（第９条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

福島県知事

補助事業者住所

補助事業者名

福島県地域医療復興事業完了報告書

福島県地域医療復興事業について完了しましたので、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 認定看護師等養成事業 |
| 実施医療機関名 |  |
| 交付決定年月日・番号 | 令和５年１月４日付け福島県指令健第　　　　号 |
| 交付決定額 | 円 |
| 着手年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 完了年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

※変更交付決定があった場合は、変更に係る交付決定年月日・番号も記載のこと。

※本件責任者及び担当者

　・責任者 所属・職氏名・連絡先

　・担当者 所属・職氏名・連絡先