

様式第2号(第7条関係)

松本市ヘルスケアサービス等実用化検証事業助成金交付申請取下書

年 月 日

(宛先)松本市長

申請者住所(所在地)

企業・団体名

代表者指名

電話番号

年 月 日付け 指令第 号で助成金交付決定のありました
松本市ヘルスケアサービス等実用化検証事業に係る助成金交付申請を下記の理由により取り下げます。

記

取り下げの理由