

宗像市介護人材確保・定着補助金交付申請取下書

年 月 日

(宛先) 宗像市長

[申請者] 所在地：
法人名：
代表者職・氏名：
担当者氏名：
電話番号：

年 月 日付け 宗介第 号で補助金の交付決定のあった宗像市介護人材確保・定着補助事業交付補助金の交付申請を、下記のとおり取り下げます。なお、提出済みの書類に関しては返却を求めません。

記

補助事業の名称	○ 介護人材確保事業 ○ 介護人材定着事業 ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください
取り下げの理由	

以上