第５号様式の１（第９条第１項）

令和　年　月　日

横　浜　市　長

【代表医療機関】

住所

医療機関名

代表者名

横浜市医療機関合同研修サポート補助金実績報告書

　　　年　月　日付　　　第　　号で交付決定されたこの補助金に係る補助事業等の実績について、次のとおり報告します。

１　補助金の執行実績

（１）補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　　円

（２）補助金執行額　　　　　　　　　　　　　　　　円

（３）差額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

（１）事業内容報告書（第５号様式の２）

（２）事業収支決算書（第５号様式の３)

（３）補助対象経費の領収書等（写し可）

【担当者】

（医療機関名）

（担当者）

（連絡先）