第１号様式-１

　　年　　月　　日

横浜市産科医師等人材確保支援事業補助金交付申請書

　横　浜　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　産科医師の確保にあたり、次の補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市産科医師等人材確保支援事業要綱を遵守します。

１　施設名

２　補助金名称 産科医師確保補助金

３　申請年度における産科の状況

1. 分娩件数見込み 件
2. 常勤医師数 人
3. 標準的な分娩料 円

４　交付申請金額

　　￥　 　　　　　　．－

５　添付書類

　　事業計画　別紙のとおり

担当者名 所属・氏名

電話番号

電子メール