感染管理認定看護師資格取得支援事業補助金交付請求書

（宛先）名古屋市長

　　　　　　　　　　　　申請者

（法人名）

　　　　　　　　　　　　（代表者の職・氏名）

　医療機関名

　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　受講職員氏名

　補助金の額（請求金額）　　　　金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 部署 |  |
| 連絡先 |  |