|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

様式第２（第８条第１項関係）

滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業変更登録申請書

年　　月　　日

　（宛先）

　　滋賀県知事

申請者　　住所

氏名

*（法人にあっては名称および代表者の職名・氏名）*

*（自治体にあっては市(町)長の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者・担当者　氏名

*（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）*

*（自治体にあっては担当者の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　年　　月　　日付け　　　　　第　　号で登録を受けた計画の内容を変更したいので、滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費補助金交付要綱第８条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１．変更の概要

２．変更予定日

３．変更の理由

　関係書類

　　１．変更の内容が明らかになる書類

　（注）用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |