様式第２号

第　　　号

年　　月　　日

薬学生に対するインターンシップ実施事業費補助金変更交付申請書

　　滋賀県知事

所在地

氏名（法人名）

代表者職氏名

　　　　年　　月　　　日付け滋薬務第　　号で交付決定の通知があった標記事業を下記のとおり変更したいので、薬学生に対するインターンシップ実施事業費補助金交付要綱第７条の規定により申請します。

　なお、この申請に当たり滋賀県補助金等交付規則第４条第２項各号のいずれかに該当する事実が判明したときは、同規則第16条の規定に基づき補助金等の変更交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら意義の申し立てを行いません。

記

１　補助金額

（１）申請額　　　金　　　　　　　　円

（２）既申請額　　金　　　　　　　　円

（３）差引増減額　金　　　　　　　　円　（１）－（２）

２　変更の理由

３　添付書類

（１）事業実施計画書および収支予算（見込）書（別紙様式２－１）

（２）補助金所要額調（別紙様式１－２に準じて作成）

（３）その他参考となる資料

＜発行責任者・担当者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

別紙様式２－１

薬学生に対するインターンシップ実施事業実施計画書（変更後）

１．事業予定内容

*（予定日時、人数、就業体験プログラムの内容　等を記載してください）*

２．事業の内容および経費の区分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 区分 | 金額 | 説明 |
| 薬学生に対するインターンシップの実施 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

３．収支予算（見込）

　収　入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 本年度  予算額 | 前年度  予算額 | 比　　較 | | 備考 |
| 増 | 減 |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

　支　出

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 本年度  予算額 | 前年度  予算額 | 比　　較 | | 備考 |
| 増 | 減 |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |