様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　広　島　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　令和　　年度において、別紙のとおり定期結核健康診断を実施しますので補助金の

交付を申請します。

　　　　　１　 　　　￥

　　　　　２　 　　　結　核　健　康　診　断

　　　　　３

担当者連絡先： Tel（ ） －

メールアドレス：

所属・職・氏名：

様式第１号（記載例）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　広　島　市　長

法人所在地の住所を

記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　広島市〇区××町一丁目２番３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校法人○○学園

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （または社会福祉法人○○ 等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　理事長　広島　結子

　令和７年度において、別紙のとおり定期結核健康診断を実施しますので補助金の

交付を申請します。

　　　　　１　 　　　￥　○○〇，〇〇〇

　　　　　２　 　　　結　核　健　康　診　断

　　　　　３

担当者連絡先： Tel（ 082 ）504 － 1234

メールアドレス： kekkaku@hiroshima.ac.jp

所属・職・氏名：　○○課　事務員　○○ ○○