　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付申請書  第　　　号  年　月　日  静岡県知事　氏　　　名　　様    市　長　　氏　　　名  　　年度において、医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　金額　　　　　　　　　　　　　円  　２　事業の目的 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付申請書  第　　　号  年　月　日    静岡県知事　氏　　　名　　様  市　長　　氏　　　名  　　年度において、医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　金額　　　　　　　　　　　　　円  　２　事業の目的  口座振替先　金融機関名  支店名  口座種別  口座番号  口座名義人（カナ）  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第５号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業計画変更承認申請書    第　　　号  年　月　日  　静岡県知事　氏　　　名　様  市　長　氏　　　名  　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の決定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　計画変更の理由  　２　変更の内容 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第５号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業計画変更承認申請書    第　　　号  年　月　日  　静岡県知事　氏　　　名　様  市　長　　氏　　　名  　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の決定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　計画変更の理由  　２　変更の内容  （注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第６号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実　　　績　　　報　　　告　　　書  第　　　号  年　月　日  　静岡県知事　氏　　　名　様  市　長　氏　　　名  　　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の決定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第６号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実　　　績　　　報　　　告　　　書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日  　静岡県知事　氏　　　名　様  市　長　　氏　　　名  　　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の決定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  請　　　求　　　書  金　　　　　　　　　　　　　円    　　ただし、　　　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の確定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業の補助金として、上記のとおり請求します。  年　月　日  　 静岡県知事　氏　　　名　様  市　長　氏　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　 口座振替先金融機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　 口座種別　№ |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  請　　　求　　　書  　金　　　　　　　　　　　　円  ただし、　　　年　月　日付け　　第　号により補助金の交付の確定を受けた医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業の補助金として、上記のとおり請求します。  年　月　日  静岡県知事　氏　　　名　　様  市　長　　氏　　　名  　 （注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　 責任者　職・氏名  　　　　　 作成者　職・氏名 |