令和　　年　　　月　　　日

島根県知事

　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |  |
| (実施主体) | 施　設　名 |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |

令和　年度島根県社会福祉施設等応援職員派遣事業変更（中止、廃止）

承認申請書

令和　　　年　　　月　　　日付地福指令第○○号で交付決定を受けた島根県社会福祉施設等応援職員派遣事業に係る補助事業を下記のとおり変更（中止、廃止）したいので承認を受けたく、関係書類を添えて申請します。

記

　１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の内容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
|  |  |  |

　　※添付資料

・

・

　２　変更（中止、廃止）の理由