様式第３号（第７条関係）

結核健康診断補助金変更等承認申請書

年　　月　　日

水戸市長　様

住所又は所在地

氏名又は名称　　　　　　　　　印

代表者の氏名

連絡先

年 　月　 日付け　　第　　号で交付の決定の通知を受けた結核健康診断補助金について，下記のとおり変更等をしたいので，水戸市結核健康診断補助金交付要項第７条第１項の規定により申請します。

記

１　変更等の理由

２　変更等の内容

　３　備考