保

令和　　年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

（保健師コース）

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

　申請日　令和　　年　　月　　日

【請求者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒　 | 労働者数 | 　名 |
| （フリガナ） |  | （フリガナ） | （役職） |  |
| 名称 |  | 代表者 |  | 氏名　　　　　　　　　　㊞ |
| 担当者 | 所属 | フリガナ氏名 | 電話番号 |

小規模事業場産業医活動助成金支給要領（保健師コース）第４条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

産業医活動助成金（保健師コース）申請額

|  |
| --- |
| 　　　　　　　 円 |

（※１０万円を上限）