（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

 　　　　　　　　 　　 名 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者連絡先

令和　　年度高松市結核健康診断事業費補助金　希望調査

 このことについて、次のとおり令和　　年度高松市結核健康診断事業費補助金の交付を希望いたします。

　１ 　申請額　　　　金　　　　　　　　　　円

　　　　どちらかに〇を付けてください。（　確定額　・　予定額　）

２　　健康診断受診人数は　（　　　　）人　の予定です。

　　　【高松市内の施設の人数に限ります。】

　３　　実施時期は　（　　　　）月（予定）です。