

(様式第5号)

疾病第 号

年 月 日

殿

茨城県知事

令和6年度企画提案型がん対策推進事業費補助金変更承認通知書

年 月 日付けで変更申請のあった企画提案型がん対策推進事業費補助金については、変更申請書の記載のとおり変更を承認する。