（様式第４号）

働く女性のキャリア形成支援事業補助金　中止（申請取下げ）届出書

　　年　　月　　日

　長野県知事　様

 住　　所　〒　　　　－

 名　　称

 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け長野県指令　　人権第　　号で交付決定を受けた働く女性のキャリア形成支援事業補助金について、下記のとおり中止（申請取下げ）をしたいので届け出ます。

記

　　１　中止（申請取下げ）の理由

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 担当者名 |  |