

堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス集積促進補助資格認定申請書

年 月 日

堺市長様

申請人

所在地

事業者名

代表者職氏名

電話番号

次のとおり、堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス集積促進補助金に係る補助資格の認定を受けたいので、堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス集積促進補助金交付要綱7（1）の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

1 事業所開設予定物件内容

住 所	堺市南区
面 積	m ²
賃 借 料	(月額) 円
物件所有事業者 ※個人の場合は氏名	名 称 : 代表者 : 住 所 : 電 話 : F A X :
仲介事業者名	名 称 : 代表者 : 住 所 : 電 話 : F A X :
賃貸借契約日	年 月 日

2 賃借人

事業者名	
所在地	
代表者職氏名	

※堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス集積促進補助金交付要綱7（1）に定める書類を添付すること。

担当者名	
e-mail	
電 話	F A X