

資格確認依頼書

年 月 日

堺市長 様

申請者
所在地
事業者名
代表者職氏名
電話番号

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）の規定により認定の申請を行いたいので、別紙名簿を添えて提出します。

（別紙）

役員等名簿

名称又は法人名			
住所又は所在地			
役職名等	ふりがな 氏名	性別	生年月日

備考

- 役員等（個人にあつては当該個人、法人にあつては非常勤を含む役員、地方税法第 294 条第 8 項に規定により法人とみなされるものにあつては法人の役員と同様の責任を有する代表者、理事等）の氏名及びふりがな、性別並びに生年月日を正確に記載してください。
- 提出に当たっては、氏名及びふりがな、性別並びに生年月日の情報が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 10③の規定に該当するか否かの確認のため関係機関に提供され利用されることについて、当該名簿に記載されている者の同意を取ってください。
- この名簿は、2 に掲げる確認のために使用し、それ以外の目的には使用しません。

年 月 日

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 10③の規定に該当するか否かを確認するため、関係機関に照会されることに役員等を代表して同意します。

代表者職氏名