別記様式第７号（第９条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　年度群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金年度終了実績報告書

　　　このことについては、別表のとおり報告する。