様式　５

令和　　　年　　　月　　　日

（一社）埼玉県トラック協会　会長　様

住　　所　〒

会 社 名

代 表 者 　 会社印

担当者名

電話番号

**健康起因事故防止助成金の事前申請の取下げについて**

**（報告）**

この度、上記助成金交付について、都合により申請を取下げいたしますので報告いたします。

１　申請受付№

受診の種類

　□脳ドック

□脳MRI健診

□頸動脈エコー

□心エコー

２　取下げ額　　　　　金　　　　　　 　　 　　　円

３　取下げの事由（受検者の指名等）