（様式５）

年　　月　　日

高知県知事　様

所在地

企業名

代表者役職・氏名

　高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援制度に係る支援期間延長承認申請書

　　　　年　月　日付け　　第　号でヘルスケアイノベーションプロジェクト支援の決定通知がありました案件の支援期間を下記のとおり延長したいので、高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援制度実施要領第５条第２項の規定により申請します。

記

１　延長の理由

２　延長の期間

　　　　年　月　日　～　　年　月　日