

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部精神・障害保健課長 殿

法人等名称  
代表者  
職名  
氏名

印

平成 26 年度摂食障害治療支援センター設置運営事業への応募について

標記について、関係書類を添えて応募します。

(1) 補助を希望する事業の実施に係る次の書類

- 事業実施計画書
- 所要額内訳書
- 事業の実施体制
- 事業実施スケジュール
- 人件費、報償費及び旅費の支給基準（実施団体の内規）
- 委託費の見積書（委託料を計上している場合）

(2) 実施団体の概要、活動状況等に係る次の書類

- 定款又は寄付行為
- 役員名簿
- 団体（法人）の概況書
- 理事会等で承認を得た直近の事業実績報告書
- 平成 26 年度収入支出予算（見込）書抄本

<事務担当者の連絡先>

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ (携帯電話メールは不可)