

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 27 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 27 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)