（様式第７）

年　　月　　日

申請者の名称及び

　　代表者等氏名　　　　　　　　　宛て

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所

理　事　長　名

確　定　通　知　書

　確定検査の結果、下記のとおり確定したので通知します。

記

１　供給確保計画認定番号

２　助成金対象事業の名称

　　（大項目）

　　（中項目）

　　（小項目）

３　検査日　　　　　　　　　年　　月　　日

４　交付決定額 助成対象費用の額　　金 円

助成金の額 　　金 円

　５　確定額　　　　　　助成対象費用の額　　金 円

助成金の額 　　金 円

　６　確定減額 　　金 円

　事業番号：