様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年　　月　　日

応募申請書

　茨城県知事　大井川　和彦　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

高次脳機能障害地域支援拠点病院の公募について、関係書類を添付して応募申請します。