|  |  |
| --- | --- |
| **様式HB-5** |  |

**組 織 体 制 図**

＜形式は問いません＞

　・外国人患者受入れ体制整備に取り組むための組織体制（組織図・プロジェクトメンバー等）を

明記してください。

|  |
| --- |
| （記入できなければ別紙にて提出）  別紙様式HB-6で掲げる補助金対象者については、氏名を必ず明記してください。  ※人件費・賃金においては、他の事業で交付（予定）される補助金との重複がないようご注意ください。 |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。