

血圧計導入促進助成金誓約書兼申請内訳書

申請年月日 年 月 日

公益社団法人 北海道トラック協会 殿

下記の機器の導入に対して、国の補助金交付を行わない、また行っていないことを、ここにお誓いいたします。

(事業者情報)

事業者名／代表者名	(印)		
支店名・営業所名	<input type="checkbox"/> 本社・本店	<input type="checkbox"/> () 営業所	<input type="checkbox"/> () 支店
会社所在地	〒 ー		
連絡先	TEL	FAX	
担当者	役職	氏名	

(導入機器情報)

No	本社または	導入機器		購入台数		本体価格		助成額		装着年月日			
	支店・営業所名	メーカー名	型式	(台)		(税抜・円)		(円)					
1					台		円		円	年	月	日	
2					台		円		円	年	月	日	
合 計					台		円		円				

※申請上限台数は、会員1事業者2台まで(北海道内の全ての営業所を含めます)