

山口県知事 様

住 所

氏 名

地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助金対象者認定申請書

下記のとおり交付対象者の認定を受けたいので、地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助金交付要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 認定を受けようとする対象施設の種別（いずれかに○をつけること）

交付要綱第4条第1項に該当する病院	交付要綱第4条第2項に該当する薬局
-------------------	-------------------

2 本人の状況

申請者	住 所			
	氏 名			
	メールアドレス			
	電 話 番 号		生 年 月 日	年 月 日
状況 (在学・卒業 申込時)	名 称	大学	学部	学科
	所 在 地			
	学 年 卒 業 予 定	該当するものに○をつけること。 1 5年生(()年度卒業予定) 2 6年生(()年度卒業予定) 3 既卒者(()年度卒業)		
奨学金	名 称			
	借 入 予 定 金 額	円/月 (総額 円) ※5年生の4月から2年間分を記載。		
就業 希望 関	現時点での就業に関する希望について、該当するものに○をつけること。 1 就業したい施設名 ()・未定 2 就業場所の市町名 (市 町)・未定			
<p>私は、対象者に認定された場合、山口県が登録した「対象施設」からの情報提供を受けるために必要な情報（住所、氏名、生年月日、学校名、学年、電話番号、メールアドレス）を対象施設に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(氏名自署)</p>				

<添付書類>

- ・履歴書（別紙1）
- ・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
- ・在学証明書（既卒者にあつては薬剤師免許証又は登録済証明書）
- ・その他知事が必要とするもの