様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　　月　　　日

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制度対象施設申込書

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５条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

1. 採用予定部署（実際勤務する施設）

（所在地） 〒

（施設名称）

２　対象者に受講させる研修プログラム（病院のみ、いずれかを■に塗りつぶすこと）

□　「山口県病院薬剤師卒後研修プログラム実施の手引き」（令和６年度山口県病院薬剤師会作成）に基づく研修プログラム

□　病院で独自に定める研修プログラム

＜添付資料＞

・誓約書

・研修プログラム（病院で独自に定めている場合のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| Ｅ-mail |  |