

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			