

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			

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			
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。 年 月 日 <div style="text-align: right;">(氏名自署)</div>				

<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（在学中の大学の名称及び学部、学年がわかるもの）
- ・その他知事が必要とするもの

履 歴 書

年 月 日現在

写真をはる位置

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな		
氏 名		
年 月 日生 (満 歳)	男・女	
ふりがな		電話
現住所 〒		
ふりがな		電話
連絡先 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
メールアドレス (本人) (大学のアドレスを記載する場合、卒業後に連絡できるアドレスを②に記入)		
①		
②		

年	月	学歴・職歴 (各別にまとめて書く)
◆専門分野及び研究内容		

年	月	免許・資格（認定・専門薬剤師等を含む）

◆薬学共用試験の合否（薬学生のみ） 【 合格 ・ 不合格 】

◆応募の理由

（山口県での就職を希望する理由など）

記入上の注意

- 1 メールアドレスは本制度に関する連絡や、県又は対象施設から就職に関する情報提供等を行うためのみ使用します。

様式第3号（第11条関係）

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

対象者認定通知書

第 号

住 所

氏 名

年 月 日付けで申請のあった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については、下記のとおり認定しましたので、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11条の規定により通知します。

年 月 日

山口県知事



記

対象施設の種別	
対象者認定番号	第 号
補助制度対象者氏名	

就職活動状況等報告書

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金交付要綱第14条の規定により、下記のとおり報告します。

記

対象者認定番号	第 号
活動状況	いずれかに○をしてください。 就職活動前 ・ 就職活動中 ・ 採用内定

採用内定の場合は、以下も記載してください。

内定先 施設名： 所在地： 内定日：
決定の動機
就職先の情報の入手方法（インターネット、職業安定所紹介、求人票等）
他に訪問した企業・機関名
県への希望

※ 本報告は、現在の就職活動状況を調査し、今後の事業の参考とするために行っています。個人情報の公開など、その他の目的に利用することは一切ございません。

届

書

年

月

日

山口県知事 様

住 所

氏 名

電話番号

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15条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

対 象 者 番 号	第 号
補助制度対象者	住 所
	氏 名
事 項 (あてはまるものに○をしてください。)	(1) 留年、休学又は復学 (2) 停学又は退学 (3) 奨学金の貸与を受けなくなった又は取り消し等を受けた (4) 就職 (5) 就職した後、休職、復職、退職又は転職 (6) 認定期間内に対象施設に就職しないことが明らかになった (7) 補助金の交付の辞退 (8) 薬剤師国家試験の結果（合格又は不合格） (9) 住所、氏名その他重要な事項の変更
内 容 又 は 理 由	
備 考	

※ 奨学金返還免除等の場合、免除等が確認できる書類（免除に係る通知または免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。

様式第6号（第18条関係）

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

交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

住 所

氏 名

電話番号

(対象者認定番号 第 号)

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（以下「補助金」という。）の交付を受けたいので、山口県補助金等交付規則第3条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 金 _____ 円

2 勤務先

補助金申請の 対象年度の 就業予定状況	期 間： 年 月 日から 年 月 日まで 施設名： 所在地：
---------------------------	--------------------------------------

3 対象奨学金

奨 学 金 名 称		
貸 与 金 額	総 額	円
返 還 期 間	年 月 ～ 年 月 (か月)	
返 還 月 額	円	

4 交付申請額の算定（申請する交付対象期間の返還に限る。）

奨学金返還期間	年 月 ～ 年 月 (か月) …①
奨学金返還額	円…②
地方公共団体及び企業からの補助額	円…③
申 請 上 限	24,000円× か月 (①) = 円…④
交付申請可能額	円 …②-③ 又は ④の上限額のいずれか低い額（円未満切捨）

5 奨学金貸与時の就学先及び薬剤師名簿登録状況

名 称	大学	学部	学科
入 学 年 月	年 月	卒 業 年 月	年 月
薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日	年 月 日

6 誓約

<p>(1) 申請日時時点で勤務先に勤めており、今後も継続勤務する意思があります。</p> <p>(2) 申請内容に虚偽はありません。</p> <p>(3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。</p> <p>(4) 県税の滞納はありません。</p> <p>(5) 交付対象期間終了後、県の実施する就業状況調査に協力します。</p> <p>(6) 就職後3年間、県が策定する、又は認めるプログラムに基づく研修を受講する意思があります（交付要綱第4条第1項に規定する病院に就職した者に限る）</p> <p>(7) 対象者に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに補助金の返還に応じます。</p>

<p>私は、補助金を申請するにあたり、上記の内容について相違ないことを確認の上、誓約します。</p>
<p>誓約する場合、右記に✓を記入 <input type="checkbox"/></p>

<添付書類>

○初年度に提出するもの

- ・ 在職証明書
- ・ 奨学金返還予定額が確認できる書類（奨学金事業実施者が発行する「貸与奨学金返還確認票」の写し等）
- ・ 他の地方公共団体及び企業の奨学金返還補助制度を併用する場合、その補助額がわかる資料の写し
- ・ 大学等卒業証明書又はこれに準ずるものの写し
- ・ 薬剤師免許証又は登録済証明書の写し
- ・ 第11条第1項に規定する認定通知書の写し

○2年目以降に提出するもの

- ・ 在職証明書*
- ・ 前年度の奨学金の返還状況（返還額、返還残高等）が確認できる書類*（奨学金事業実施者が発行する「奨学金返還証明書」等）
- ・ 県税に滞納がないことの証明

※ 前年度分の実績報告書に添付した場合は、添付不要

参考様式

在 職 証 明 書

（ふりがな） 氏 名		
生 年 月 日	年	月 日
住 所		
就業場所及び期間	施 設 名	
	所 在 地	
	就 業 期 間 (休業期間を除く)	年 月 日から 年 月 日
雇 用 形 態		
職 種		
職 務 内 容		

上記の者は、当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地

名 称

代 表 者

記入担当者
役職・氏名
電話番号

※ 正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、賞与、退職金、諸手当等において、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態の者をいう。

様式第7号（第19条関係）

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

交付決定書

第 号

住 所

氏 名

年 月 日付けで申請のあった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については、山口県補助金等交付規則第4条の規定に基づき、下記のとおり交付します。

年 月 日

山口県知事



記

1 交付決定額 金 円

2 条 件

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を順守すること。

様式第8号（第20条関係）

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

実績報告書

年 月 日

山口県知事 様

住 所

氏 名

電話番号

(対象者認定番号 第 号)

年 月 日付け 第 号で補助金の交付決定通知があった補助事業について、山口県補助金等交付規則第11条の規定に基づき、下記のとおり提出します。

記

1 勤務実績

対象年度の 勤務実績	期間： 年 月 日から 年 月 日まで 施設名： 所在地：
---------------	-------------------------------------

2 奨学金返還実績

奨学金名称		
貸与金額	総額	円
返還期間	年 月 ～ 年 月 (か月)	
返還月額	円	

<添付書類>

- ・対象年度の在職証明書
- ・対象年度の奨学金の返還状況（返還額、返還残高等）が確認できる書類（奨学金事業実施者が発行する「奨学金返還証明書」等）

様式第9号（第21条関係）

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

額の確定通知書

第 号
年 月 日

様

山口県知事



年 月 日付けで実績報告のあった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については、山口県補助金等交付規則第12条の規定に基づき、下記のとおり確定しました。

記

補助金確定額 金 円

様式第 10 号 (第 22 条関係)

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
支払請求書

金 円

これは 年 月 日付けで額の確定のあった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として、上記のとおり請求します。

年 月 日

山口県知事 様

請求者
住 所
氏 名

振 込 先 口 座

金融機関名	
店 舗 名	
預 金 種 別	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
(カタカナ)	
口 座 名 義	