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） |