

別記

第1号様式（第6条関係）

令和 ○年 ○月 ○日

高知県知事 様

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)
○○県○○市○○町○○-○○

申請者名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)
医療法人○○
理事長 ○○ ○○

押印不要

生年月日 昭和○年○月○日

申請者の生年月日

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録申請書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり対象病院の登録を申請します。

記

1 登録を希望する病院

(1) 名称

○○病院

支援対象者が勤務する病院

(2) 所在地

○○県○○市○○町○○-○○

(3) 代表電話番号

○○○-○○○-○○○○

<添付資料> 書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

- (1) 奨学金返還支援制度の内容を確認することができる書類（要綱、規程等）
- (2) 奨学金返還支援制度により支援する薬剤師に対する教育プログラムの内容を確認できる書類
- (3) 誓約書（第2号様式）

全てにチェックが必要

担当部署	○○課
担当者名	○○ ○○
電話番号	(直通) ○○○-○○○-○○○○
E-mail@.....