

高知県知事 様

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

報告者名(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

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業完了報告書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費を受け、補助対象事業終了後、通算の補助対象期間の2分の1以上の期間、当病院で薬剤師として勤務しましたので、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第13条第9号の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 支援対象者氏名
○○ ○○

2 補助対象期間
令和 7年 10月 ~ 令和 13年 3月 **通算の補助対象期間**

3 補助対象事業終了後、補助対象期間の2分の1の期間を満了した日
令和 15年 6月 30日 **補助対象期間（5年6ヶ月）+2年9ヶ月（2分の1の期間）**

※支援対象者が複数の場合で、補助対象期間が異なる場合は、支援対象者ごとに報告してください。

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