第３号様式（第６条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

　　届出者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

届出者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

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取消届出書

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４項の規定により、下記の事由により、対象病院の登録の取消しについて届け出ます。

記

取消年月日

取消事由

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （直通） |
| Ｅ-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ-mail |  |