第４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内容変更届出書

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５項の規定により、下記のとおり対象病院の登録内容に変更がありましたので届け出ます。

記

１　変更内容（該当するものの□にチェックをしてください。）

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

　□　名称

□　所在地

□　代表電話番号

　＜添付資料＞　登録申請時に添付した資料に変更が生じた場合は、変更箇所が確認できる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することができる書類