第７号様式（第13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)

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)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金（中止・廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付の決定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり（中止・廃止）したいので、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２号の規定により、申請します。

記

（中止・廃止）の理由

＜添付資料＞　添付した書類について、□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 |  |

　中止承認申請の場合のみ

　□　補助金実績報告書（第９号様式）

　□　補助金支払請求書（第10号様式）