第８号様式（第13条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

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)

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)

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　　年　　月　～　令和　　年　　月

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　　年　　月　　日

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

※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。