第８号様式（第12条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

申請者住所

申請者名

生年月日

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金中止（廃止）承認申請書

令和　年　月　日付け　　第　　号で交付決定のあった高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金について、高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金交付要綱第12条第２号の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　中止（廃止）の理由

２　中止（廃止）の予定年月日

　　年　　月　　日

　３　添付書類

　　　休学により中止する場合は、休学することがわかる書類（休学証明等）