別紙１

在　職　証　明　書

年　　月　　日

　高知県知事　様

住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

氏名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

下記の者が、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４条第８号の規定により、補助対象期間の２分の１以上の期間、当病院で勤務したことを証明します。

記

　　氏名　　　　（交付申請者氏名）

　　在職期間

　　　令和　　年　　月　　日　　～　　令和　　年　　月　　日