第９号様式（第12条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

報告者住所

報告者氏名

生年月日

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金事業完了報告書

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金の交付を受け、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、対象病院の薬剤師として勤務しましたので、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８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　勤務した対象病院の名称

３　補助対象期間

　　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

４　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

５　出向研修先機関の名称

６　出向研修に参加した期間

　　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

７　添付書類

　　在職証明書（別紙１）