第２号様式（第７条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

　　届出者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

届出者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

対象病院登録取消届出書

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７条第４項の規定により、下記の事由により、対象病院の登録の取消しについて届け出ます。

記

取消年月日

取消事由

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

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