第３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)

対象病院登録内容変更届出書

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５項の規定により、下記のとおり対象病院の登録内容に変更がありましたので届け出ます。

記

１　変更内容（該当するものの□にチェックをしてください。）

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

　□　名称

□　所在地

□　代表電話番号

□　補助事業者が学位を取得するために必要な配慮及び金銭的な支援の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 配慮 |  |
| 金銭的な支援 |  |