第４号様式（第８条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

申請者住所

申請者氏名

生年月日

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金事業計画提出書

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８条の規定により、事業計画書を提出します。

記

１　補助申請予定額（総額）　金　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象期間 | 交付申請予定額 |
| 令和　年度 | 円 |
| 令和　年度 | 円 |
| 令和　年度 | 円 |
| 令和　年度 | 円 |
| 令和　年度 | 円 |

２　事業計画書（別紙１）

３　補助事業実施予定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

４　勤務している対象病院の名称

　５　大学院の名称

６　添付書類

　（１）薬剤師免許証又は登録済証明書の写し

（２）勤務している対象病院の承諾書（別紙２）