別紙２

承　諾　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)

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金について、下記の者が交付申請を行うことを承諾します。

記

　　氏名　　　　（交付申請者氏名）

　　生年月日　　（交付申請者生年月日）

　　大学院名　　（交付申請者が入学する大学院名）