

承 諾 書

令和〇年〇月〇日

高知県知事 様

住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

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)

医療法人〇〇

理事長 〇〇 〇〇

押印不要

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) 〇〇 〇〇

生年月日 (交付申請者生年月日) 平成〇年〇月〇日

大学院名 (交付申請者が入学する大学院名) 〇〇大学大学院