

高知県知事 様

申請者住所

高知県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

申請者氏名

〇〇 〇〇

押印不要

生年月日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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

補助対象期間（入学前から大学院4年次までの最長5年間）の補助申請予定額の総額を記入してください。

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
令和〇年度	円

補助対象期間（入学前から大学院4年次までの最長5年間）の各年度ごとの補助申請予定額を記入してください。

2 事業計画書（別紙2）

3 補助事業実施予定期間

令和〇年〇月 ~ 令和〇年〇月

大学院入学試験合格から学位取得までの事業実施予定期間を記入してください。

4 勤務している対象病院の名称

〇〇病院

5 大学院の名称

〇〇大学大学院

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3）