

第2号様式（第6条関係）

高知県指令 第 号

高知県薬剤師キャリア形成支援（認定薬剤師等資格取得支援）  
補助金交付決定通知書兼交付額確定通知書

様

年 月 日付けで申請のありました高知県薬剤師キャリア形成支援（認定薬剤師等資格取得支援）補助金については、下記条件により金 円を交付することに決定しましたので、高知県薬剤師キャリア形成支援（認定薬剤師等資格取得支援）補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

年 月 日

高知県知事

記

1 交付条件

本通知日から1年以上の期間、県内の保険医療機関等で勤務すること。