様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　　月　　　日

山口県知事　様

住　所

氏　名

地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助制度対象施設申込書

地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

1. 採用予定部署（実際勤務する施設）  
     
   （所在地） 〒

（施設名称）

＜添付資料＞

・誓約書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| Ｅ-mail |  | | |