

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			