様式第２号（第10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金対象者認定申請書

下記のとおり交付対象者の認定を受けたいので、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10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　認定を受けようとする対象施設の種別（いずれかに〇をつけること）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 交付要綱第４条第１項に該当する病院 |  | 交付要綱第４条第２項に該当する薬局 |

２　本人の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　　　　所 |  | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 電話番号 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 在学状況  （申込時点） | 名　　　　　称 | 大学　　　　　　学部　　　　　　学科 | | | |
| 所　　在　　地 |  | | | |
| 在　籍　学　年 | （　　　）学年 | | 卒業予定 | （　　　　）年度 |
| 奨学金 | 名称 |  | | | |
| 借入予定金額 | 円/月　(総額　　　　　　　　　　円)  ※5年生の4月から2年間分を記載。 | | | |
| 就業に関する希望 | 現時点での就業に関する希望について、該当するものに〇をつけること。  １　就業したい施設名　（　　　　　　　　　　　）・未定  ２　就業場所の市町名　（　　　　　 　 　市　町）・未定 | | | | |
| 私は、対象者に認定された場合、山口県が登録した「対象施設」からの情報提供を受けるために必要な情報（住所、氏名、生年月日、学校名、学年、電話番号、メールアドレス）を対象施設に提供することに同意します。  年　　月　　日  （氏名自署） | | | | | |

＜添付書類＞

・履歴書（別紙１）

・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの

・在学証明書（在学中の大学の名称及び学部、学年がわかるもの）

・その他知事が必要とするもの