

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○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
(申込時点) 在学状況	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○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				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(氏名自署)</p>					

<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