様式第５号（第15条関係）

届　　　　　　　　　書

　　　　年　　　月　　　日

山口県知事　様

　住　　所

氏　　名

電話番号

　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15条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者認定番号 | 　第　　　　　　　　　号 |
| 補助制度対象者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 事項（あてはまるものに〇をしてください。） | (1) 留年、休学又は復学(2) 停学又は退学(3) 奨学金の貸与を受けなくなった又は取り消し等を受けた(4) 就職(5) 就職した後、休職、復職、退職又は転職(6) 認定期間内に対象施設に就職しないことが明らかになった(7) 補助金の交付の辞退(8) 薬剤師国家試験の結果（合格又は不合格）(9) 住所、氏名その他重要な事項の変更 |
| 内容又は理由 | 　 |
| 備考 | 　 |

* + 奨学金返還免除等の場合、免除等が確認できる書類（免除に係る通知または免除

額が分かる証明書の写し等）を添付してください。