

島根県知事 様

住 所

氏 名

(学校名 学年 )

(※未成年の場合は保護者氏名 )

電 話 番 号

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付申請兼実績報告書

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付要綱第4条の規定に基づき関係書類を添えて申請するとともに、実績を報告します。

記

1. 助成金交付申請額 ..... 円

※助成金交付申請額は、助成対象経費額の100円未満の端数を切り捨てた額とする

2. 経費の内訳

助成対象経費	参加に要した経費の内訳 (費目ごとに金額を記入)
<p style="text-align: center;">旅費</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 地域枠設置大学の見学           <input type="checkbox"/> 就職セミナーへの参加           <input type="checkbox"/> 島根県内病院の見学           <input type="checkbox"/> 島根県内病院の実習         </div> <p style="text-align: center;">※該当に✓を入れること</p>	<p>交通費 円</p> <p>宿泊費 円</p>

3. 実績

(1) 見学・実習日または参加日 :

(2) 見学・実習先または参加先 :

(3) 内容 (※病院見学のみ) :

(4) 感想 (※病院見学のみ) :

4. 添付書類

①口座振替申出書

②助成金振込先の口座通帳又はキャッシュカードの写し

③交通費及び宿泊費の領収書 (原本)

④対象者であることが証明できる書類 (学生証、薬剤師免許証の写し)