

記載例(病院実習)

様式第1号

令和7年8月15日

島根県知事様

住所 島根県松江市殿町1番地

氏名 島根太郎

(学校名 島根県庁大学 学年 5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

経費の合計額が上限額を上回った場合
交付申請額は上限額を記入してください。

1. 助成金交付申請額 20,600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)
旅費 (<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 checked="" type="checkbox"/> 島根県内病院の実習 ※該当に✓を入れること)	交通費 10,680円 宿泊費 10,000円

対象となるのは、申請書1枚につき、対象者1名の
宿泊費のみです。

3. 実績

- 見学・実習日または参加日：令和7年8月5日
- 見学・実習先または参加先：島根県庁病院
- 内容（※病院見学のみ）：
- 感想（※病院見学のみ）：

4. 添付書類
- 口座振替申出書
 - 助成金振込先の口座通帳又はキャッシュカードの写し
 - 交通費及び宿泊費の領収書（原本）
 - 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）