

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

住所

氏名

年度島根県薬剤師奨学金返還助成事業 助成対象者認定申請書

島根県薬剤師奨学金返還助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

申請回数		<input type="checkbox"/> 1 回目 (初めて) <input type="checkbox"/> 2 回目以降 (___ 回目、直近の申請年 : ___ 年)
申請者	生年月日	
	電話番号	
	メールアドレス	
修学先	学校名	
	在籍学年	
	修了・卒業予定年月	
奨学金	奨学金名	
	借り入れた金額	円 / 月 (総額 円)
	借入期間	年 月 日 ~ 年 月 日
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 就業したい業務の別 (病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 未定) 2 就業したい施設名 () ・ 未定 3 就業場所の市町村名 (市・郡) () 町 / 村 ・ 未定	
私は、助成対象者に認定された場合、島根県が認定した「対象事業者」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) を当該企業に提供することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 (氏名自署)</p>		

※在学生は、修学先の学校名の欄に学部、学科まで記載してください。既卒者は、卒業した学校 (学部、学科まで) について記載してください。また、既卒者は、修了・卒業予定年月の欄に卒業年月を記載してください。