

様式第1号（第6条関係）

令和 年 月 日

島根県知事 様

住所

氏名

令和 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。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">（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。