

様式第4号（第10条関係）

令和 年 月 日

島根県知事 様

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

島根県薬剤師奨学金返還助成事業 対象事業者申込書

島根県薬剤師奨学金返還助成事業実施要綱第10条第1項又は第2項の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

- 1 本制度の採用希望人数
（上限2名） 名
- 2 採用予定部署（実際勤務する病院・薬局）

（所在地） 〒

（施設名称）
- 3 添付資料
誓約書（様式第5号）

担当者

氏名			
電話		FAX	
E-mail			