

様式第7号（第15条関係）

島根県薬剤師奨学金返還助成金支給申請書

令和 年 月 日

島根県知事 様

住所

氏名

島根県薬剤師奨学金返還助成金を受けたいので、島根県薬剤師奨学金返還助成事業実施要綱第15条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	電話番号		
	メールアドレス		
就業先	事業者名		
	代表者名		
	勤務する 事業所	所在地	
		名称	
		電話番号	
就業年月日			
借入 奨学金	奨学金名		
	借入総額		
	返還済額		
	返還残額（未返還額）		
	借入期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	返還期間	年 月 日 ～ 令和 年 月 日	

（関係書類）

- 1 卒業証明書（既卒者は不要）
- 2 島根県薬剤師奨学金返還助成事業就業証明書（様式第8号）
- 3 奨学金の返還残高証明書又はこれに準じた書類
- 4 薬剤師免許（写）（既卒者は不要）
- 5 要綱第6条第2項の規定による通知書の写し
- 6 その他知事が必要と認めるもの