

様式第8号（第15条関係）

島根県薬剤師奨学金返還助成事業 就業証明書

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事業実施要綱第15条第1項の規定により、就業の証明については下記のとおりです。

記

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| 報告に係る年度に<br>おける勤務場所   | 所在地<br>名称       |  |
| 就業年月日   | 令和 年 月 日        |  |
| 雇用形態  | 正規雇用            |  |
| 勤務条件  | 1日 時間勤務 ・ 週 日勤務 |  |
| その他特記事項   |                 |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>証明者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）<br><br>氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名） |                 |  |

※ 上記の欄に書ききれない場合は、別葉に記載すること。