

島根県知事 様

住 所

氏 名

(学校名 学年)

(※未成年の場合は保護者氏名)

電 話 番 号

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付申請兼実績報告書

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付要綱第4条の規定に基づき関係書類を添えて申請するとともに、実績を報告します。

記

1. 助成金交付申請額 円

※助成金交付申請額は、助成対象経費額の100円未満の端数を切り捨てた額とする

2. 経費の内訳

助成対象経費	参加に要した経費の内訳 (費目ごとに金額を記入)
旅費 <input type="checkbox"/> 地域枠設置大学の見学 <input type="checkbox"/> 就職セミナーへの参加 <input type="checkbox"/> 島根県内病院の見学 ※該当に✓を入れること	交通費 円 宿泊費 円

3. 実績

(1) 見学日または参加日:

(2) 見学先または参加先:

(3) 内容 (※病院見学のみ):

(4) 感想 (※病院見学のみ):

4. 添付書類 ①口座振替申出書 (助成金振込先の口座通帳又はキャッシュカードの写し)
 ②交通費及び宿泊費の領収書 (原本)
 ③対象者であることが証明できる書類 (学生証、薬剤師免許証の写し)