

様式第7号（第15条関係）

島根県薬剤師奨学金返還助成事業支給対象者認定申請書

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、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 ～ 年 月 日	

（関係書類）

- 1 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）
- 2 奨学金の返還残高証明書又はこれに準じた書類
- 3 薬剤師免許証の写し又は薬剤師名簿に登録されたことを証する書類の写し
- 4 要綱第6条第2項の規定による通知書の写し
- 5 その他知事が必要と認めるもの