|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （直通） |
| Ｅ-mail |  |

第１号様式（第７関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

青森県知事　殿

住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

氏名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

令和７年度青森県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付申請書

青森県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱（以下「要綱」という。）第７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。

記

１　補助金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　円　（千円未満の端数切り捨て）

２　添付書類

（１）奨学金返還支援事業計画書（第２号様式）

（２）支援対象者の薬剤師免許証又は登録済証明書の写し

（３）支援対象者を正規雇用した日及び現在雇用していることを証する書類

（４）返還を支援する奨学金の返済残額を確認できるもの

（５) 返還を支援する奨学金が返済義務のある貸与型であることを確認することができる書類

（６）誓約書（第３号様式）

（７）その他知事が必要と認める書類