第５号様式（第８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)

補助事業者

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中止（廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和７年度青森県病院薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり中止（廃止）したいので、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要綱第８第２号の規定により、申請します。

記

１　中止（廃止）の理由

２　中止（廃止）年月日

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