第７号様式（第15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完了（廃止）実績報告書

令和　　年　　月　　日付け青医第　　　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を完了（廃止）したので、青森県補助金等の交付に関する規則第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　補助金精算額　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　添付書類

（１）奨学金返還支援事業実績書

（２）給与明細書又は賃金台帳など支援対象者に奨学金返還を支援するための手当等を支給した実績を確認することができる書類の写し

（３）奨学金の返還の債務の履行のために負担した額を証明する書類

（４）補助事業者が実施する研修プログラムに基づく研修の支援対象者の受講状況が分かる書類

（５）その他知事が必要と認める書類

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