第９号様式（第17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)

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(病院の代表番号)

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請求書

金　　　　　　　　　　円

ただし、令和　　年　月　　日付け青医第　　　　号で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費補助金として、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17第２項の規定に基づき、請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 | 支店（所） |
| 口座種別　　　　　　　普通 | | |
| 口座番号 | | |
| 口座名義（カタカナ） | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　担　当　者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）