第４号様式（第４関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

青森県知事　様

住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

届出者

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)

青森県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録内容変更届出書

青森県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要領第４第４項の規定により、下記のとおり対象病院の登録内容に変更があったので届け出ます。

記

１　変更内容

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

（１）変更前

（２）変更後

２　添付書類（登録申請に準じ、適宜必要となる書類を添付すること。）