

届 書

年 月 日

長野県知事 様

住 所

氏 名

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

対象者認定番号	
認定者氏名	
届出事項 (あてはまるものに○をしてください。)	(1) 対象者の認定条件を満たさなくなった (2) 休職、復職、退職又は転職 (3) 補助金の交付の辞退 (4) 住所、氏名その他重要な事項の変更
内 容 (上記届出事項(1)(3)の場合) 又は 理 由 (上記届出事項(2)(4)の場合)	
備 考	

※ 内容又は理由が奨学金返還免除等の場合は、免除等が確認できる書類（免除に係る通知又は免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。