

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付決定書

第 号

住 所

氏 名

年 月 日付けで申請のありました病院薬剤師確保事業奨学金返還
補助金について、 円を次の条件を付して交付します。

年 月 日

長野県知事 印

- 1 事業の実施に当たっては、補助金交付規則（昭和34年長野県規則第9号）及び病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱に従うこと。
- 2 補助金の交付対象となる事業の内容は、補助金交付申請書のとおりであること。