様式第６号（第14条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金実績報告書

年　　　月　　　日

　　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者認定番号　第　　　　　　　　号）

　　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で交付決定通知があった補助事業

について、病院薬剤師確保事業補助金交付要綱第14条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり実績を報告します。

記

|  |
| --- |
| １ 対象年度の勤務実績 |
|  | 施 設 名 称 |  |
| 施 設 所 在 地 |  |
| 勤 務 期 間 | 　　　 　　年 　　 　月 から　 　　　年　 　 月 まで |
| ２ 奨学金返還実績 |
|  | 奨 学 金 名 称 |  |
| 貸与金額(総額) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 円 |
| 返 還 期 間 | 　　　 　年　　 　月 ～　　　　年　 　　月 （　　　カ月） |
| 返 還 月 額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 円 |

【添付書類】

・在職証明書

・奨学金の返還状況（返還額、返還残高等）が確認できる書類（奨学金事業実施者が発行する「奨学金返還証明書」の写し等）

・その他知事が必要とするもの

参考様式

在　職　証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）　氏　　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　　　所 |  |
| 就業施設及び期間 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 就業期間 | 　　 　年　　月　　日 ～　 　　年　　月　　日 |
| 職　　　　種 |  |
| 職 務 内 容 |  |

　上記の者は、当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

* 正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態をいう。