

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

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。