

在 職 報 告 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17条の規定により、年度の
在職状況について下記のとおり報告します。

記

対象者認定番号		
認定者氏名		
勤務先	施設名称	
	施設所在地	
	該当年度における勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日

【添付書類】

- ・ 在職証明書

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。