様式第９号（第 16 条関係）

令和　　年度島根県薬剤師奨学金返還助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

島根県知事　様

住所

氏名

島根県薬剤師奨学金返還助成事業実施要綱第 16 条の規定により、下記のとおり奨学金返還助成の申請をします。

記

当該年度における就業状況	当該年度における勤務事業所	所在地	
		名称	
	期間（試用期間含む）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	
	雇用形態	正規雇用	
	その他特記事項		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

証明者

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

※ 上記の欄に書ききれない場合は、別葉に記載すること。

※ 期間ごとに証明者が異なる場合は、それぞれ別様とし、記載すること。

奨学金返還助成　交付申請額	円

※前年度末現在の奨学金の返還残高証明書又はこれに準じた書類を添付すること。

（助成金振込先）※申請者本人の口座を記載してください。

金融機関名		本支店名	
預金種別	普通　・　当座		
（フリガナ）			
口座名義人			
口座番号		左詰めで記入してください	
カナ口座名義			

※通帳のカナ口座名義が印刷してある面の写し添付してください。