様式第３号（第９条関係）

届　　　　　　　　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９条の規定により、下記のとおり

届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 者 認 定 番 号 |  |
| 認定者氏名 |  |
| 届　　出　　事　　項(あてはまるものに○をしてください。） | (1) 対象者の認定条件を満たさなくなった(2) 休職、復職、退職又は転職(3) 補助金の交付の辞退(4) 住所、氏名その他重要な事項の変更 |
| 内　　　　　　容（上記届出事項(1)(3)の場合）又は理　　　　　　由（上記届出事項(2)(4)の場合） |  |
| 備　　　　　　 考 |  |

* 内容又は理由が奨学金返還免除等の場合は、免除等が確認できる書類（免除に係る通知又は免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。