様式第２号（第５条関係）

変更（辞退）届書

　年　　　月　　　日

三重県知事　様

住　所

病院名

開設者名

（法人の場合は法人名及び代表者名）

　三重県薬剤師奨学金返還支援事業における対象病院登録要領第５条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 届出事項 | １　変更　　　２　辞退　（該当する番号に〇をつける） |
| 変更内容 |  |
| 変更（辞退）年月日 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者（所属） |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |