

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○をつける)
変 更 内 容	
変更（辞退） 年 月 日	

担当者（所属）	
電話	
E-mail	