

三重県知事 様

住 所

氏 名

令和6年度三重県薬剤師奨学金返還支援事業助成候補者認定申請書

下記のとおり助成候補者の認定を受けたいので、三重県薬剤師奨学金返還支援事業における助成候補者認定要領第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	住 所	【現住所】 〒
		【連絡先：帰省先など現住所以外に連絡が可能な住所があれば】 〒
	(ふりがな) 氏 名	()
	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	メールアドレス	
	電 話 番 号	
状況 (申込時) 在学・卒業予定	名 称	大学 学部 学科
	所 在 地	
	学 年 ・ 卒 業 予 定 年 度	年 (()年度卒業予定)
奨学金	名 称	
	借 入 予 定 金 額	総額 _____ 円 ※5年次から2年間分を記載。
他の返還支援制度の 検 討 状 況		(例：就職を希望する〇〇病院での奨学金返還支援制度の利用を検討中など)

就業状況	就業予定病院名 () ・ 未定
------	------------------

【誓約】

- (1) 助成候補者に認定された場合、対象病院に就職し、3年以上当該対象病院に勤務する見込みであり、当該対象病院が実施する人材育成プログラムに基づく研修を受講します。
- (2) 助成候補者に認定された場合、氏名、在籍学校名、学年等の情報を、対象病院に提供することに同意します。

私は、助成候補者の認定申請をするにあたり、上記の内容について相違ないことを確認の上、誓約します。

誓約する場合、右記に✓を記入

【応募の理由】

(三重県での就職を希望する理由や将来目指す薬剤師像など)

- <添付書類>
- ・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
 - ・在学証明書（在学中の大学の名称、学部及び学年がわかるもの）