

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対象病院登録申請書

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、下記のとおり申請します。

記

1 病院名等

病院名	
所在地	

2 誓約

(1) 三重県の交付する補助金等からの暴力団等排除措置要綱別表に掲げる一に該当しません。
(2) 助成対象者に人材育成プログラムに基づく研修を実施します。
(3) 助成対象者の求めに応じ、必要な証明書等を発行します。
(4) 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守し、個人情報を適切に取り扱います。 ア この事業を通して得た個人情報については、個人情報保護のため、責任をもって適正に管理し、当該事業の目的以外には一切使用しません。 イ 必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。
(5) 「三重県薬剤師奨学金返還支援事業対象病院登録申請書」の記載内容に偽りはありません。

三重県薬剤師奨学金返還支援事業における対象病院の登録にあたり、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 <input type="checkbox"/>

<添付書類>

- ・人材育成プログラム

担当者（所属）	
電話	
E-mail	