様式第４号（第７条関係）

届出書

　年　　　月　　　日

三重県知事　様

　住　　所

氏　　名

電話番号

　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７条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 | 　第　　　　　　　　　号 |
| 助成候補者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 事項（あてはまるものに〇をしてください。） | (１)　対象病院への就職が明らかになった(２)　対象病院に就職しないことが明らかになった(３)　薬剤師国家試験の結果（合格又は不合格）(４)　住所、氏名、連絡先（メールアドレス、電話番号）等の変更(５)　留年、休学又は復学(６)　停学又は退学(７)　奨学金の貸与を受けなくなった又は取り消し等を受けた(８)　助成候補者の認定辞退(９)　その他重要な事項の変更 |
| 内容又は理由 | 　 |
| 備考 | 　 |