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 | |  |