

様式第1号（第5条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者認定申請書

年 月 日

長野県知事 様

住 所

氏 名

下記のとおり対象者の認定を受けたいので、病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付要綱第4条第1項該当の種別（次のア・イの該当するものに○をつけること）	
ア 今年度、大学を卒業し薬剤師免許を取得する見込みである	
イ 薬剤師免許を取得しており、長野県外で勤務している	
2 現時点における在学又は勤務状況	
在籍する大学又は勤務先の名称 <small>（大学在籍者は学部、学科まで記載すること）</small>	
在籍する大学又は勤務先の所在地	
3 奨学金の借入状況等	
奨学金の名称	
借入（予定）期間	年 月 ～ 年 月
返還（予定）残額	円/月 （総額 円）
返還補助希望年数 <small>（1年単位で最大6年まで）</small>	年
4 現時点における就業予定 <small>（次のア～ウの該当するものに○をつけ、ア・イについては施設名称を記載すること）</small>	
ア 就業予定施設が決まっている	
施設名称 _____	
イ 就業希望施設がある	
施設名称 _____	
ウ 未定	

【添付書類】

- ・履歴書（別紙1）
- ・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
- ・大学在籍者においては、在学証明書（在学中の大学の名称及び学部、学年がわかるもの）
- ・薬剤師免許取得者においては、薬剤師免許証の写し
- ・その他知事が必要とするもの

# 履 歴 書

写真を貼る位置

1. 縦 36～40mm  
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
ふりがな		
現住所	〒	電話番号
ふりがな		
連絡先	〒	電話番号
メールアドレス(本人)※		

※ メールアドレスは長野県から就職に関する情報提供等を行うためにのみ使用します。

年	月	学歴・職歴 (各別にまとめて書く)

年	月	免 許 ・ 資 格

(裏面の「応募理由・目指す病院薬剤師像」も記載すること。)

応募理由・目指す病院薬剤師像

（「長野県での就職を希望する理由」、「将来長野県で、どのような病院薬剤師になりたいか」について、合わせて 400 字以上 800 字以内で記載してください。）