

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者認定通知書

第 号

住 所

氏 名

年 月 日付けで申請のありました病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者については、下記のとおり認定しましたので、病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

年 月 日

長野県知事 印

記

対象者認定番号	
補助制度対象者氏名	
対象施設への就業期限	年 月 日 までに対象施設に就業すること