様式第５号（第13条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付決定書

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について、　　　　　　円を次の条件を付して交付します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　　　　　　印

　１　事業の実施に当たっては、補助金交付規則（昭和34年長野県規則第９号）及び

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱に従うこと。

　２　補助金の交付対象となる事業の内容は、補助金交付申請書のとおりであること。