様式第７号（第15条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金額確定通知書

第　　　　　号

住　　所

氏　　名

　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で交付決定した病院薬剤師確保事業

補助金の額を　　　　　　　円と確定します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　　　　　　印