様式第８号（第16条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付請求書

年　　　月　　　日

　　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で額の確定があった病院薬剤師確保事業補助金について、下記のとおり交付を請求します。

記

１　交付請求額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金の振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 店　舗　名 |  |
| 口 座 種 別 |  |
| 口 座 番 号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口 座 名 義 |  |