

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	