様式第６号（第11条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

補助金対象者認定申請書

　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

氏　名

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金の対象者の認定を受けたいので、茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱第11条第１項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　本人の状況

（薬学生の場合）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ氏　　　　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 現　　住　　所 | 〒電話　　（　　） |
| メールアドレス | 　　　 |
| 在学状況（申込時点） | 名　　　　　称 | 　　　　　　大学　　　　　　学部　　　　　　学科 |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 在　籍　学　年 | 学年 | 卒業予定 | 年度 |
| 貸与を受けている奨学金 | 名　　　　　称 |  |
| 借入予定金額 | 　　　　　　　円/月　(総額　　　　　　　　　　円) |
| 返還予定年月 | 　　　年　　月予定（　　年　　月から　　年　　月） |
| 就業に関する希望 | 現時点での就業に関する希望について、該当するものに〇をつけること。１　就業したい病院名　（　　　　　　　　　）・（　　　　　　　　　　）２　就業場所の市町村名　（　　　　　 市・町・村）・未定 |
| 私は、対象者に認定された場合、茨城県が登録した対象病院（以下「登録病院」という。）からの情報提供を受けるために必要な情報（氏名、生年月日、現住所、電話番号、メールアドレス、学校名、学年）を登録病院に提供することに同意します。 年　　月　　日（氏名自署） |

（既卒薬剤師の場合）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ氏　　　　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 現　　住　　所 | 〒電話　　（　　） |
| メールアドレス | 　　　 |
| 就職状況（申込時点） | 名　　　　　称 |  |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 現在の業務内容 |  |
| 返還中の奨学金 | 名　　　　　称 |  |
| 返　還　残　額 | 返還月額　　　　　円（総額　　　　　　　　　　円）返還期間　　年　　月から　　年　　月（計　年　月） |
| 就業に関する希望 | 現時点での就業に関する希望について、該当するものに〇をつけること。１　就業したい病院名　（　　　　　　　　　）・（　　　　　　　　　　）２　就業場所の市町村名　（　　　　　 市・町・村）・未定 |
| 私は、対象者に認定された場合、茨城県が登録した対象病院（以下「登録病院」という。）からの情報提供を受けるために必要な情報（氏名、生年月日、現住所、電話番号、メールアドレス、現在の就職先名称及び業務内容）を登録病院に提供することに同意します。 年　　月　　日（氏名自署） |

＜添付書類＞

（薬学生）

・履歴書（別紙１）

・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの

・在学証明書（在学中の大学の名称及び学部、学年がわかるもの）

・成績証明書

・その他知事が必要と認める書類

（既卒薬剤師）

・履歴書（別紙１）

・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの

・現在就労していることがわかるもの（社員証の写し等）

　就労していない場合はその旨の申立書

・その他知事が必要と認める書類