

様式第1号（第7条関係）

沖縄県薬剤師奨学金返還助成対象者認定申請書

提出日を記入。郵送の場合は、発送日を記入。

年 月 日

沖縄県知事殿

申請者

氏名

私は沖縄県内に居住し就業する者で、標記助成金の助成対象者としての認定を受けたいので、沖縄県薬剤師奨学金返還助成金交付要綱第7条の規定に基づき申請します。

(1) 申請者	住所	〒	平日の日中連絡のとれる電話番号。	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月	連絡を取るために使用することがあります。	
	電話番号			
	メールアドレス			
(2) 就職先等	開設者住所	〒	病院又は薬局を開設している者の住所（法人は本社所在地）	
	開設者氏名		法人の場合は、法人名称	
	代表者名		法人の場合は、代表取締役、理事長等を記入。個人の場合は、記入不要	
	勤務先	所在地		〒
		名称		
	電話番号		病院名または薬局名を記入	
就職等年月日	年 月 日	沖縄県内の病院又は薬局で従事開始した日		
(3) 奨学金	名称		返還済額及び未返還額の合計	
	貸与金額	総額 円		
	貸与期間	年 月 日 ~ 年		
	返還金額	総額 円（うち利息 円）		
	返還期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
(4) 最終学歴	名称			
	所在地	〒		
	入学年月	年 月		
(5)	卒業等年月	年 月 卒業・中途退学	有 無	
	公的な類似の制度の利用の有無			