様式第５号（第７条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

登録病院届出

　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

病院名

管理者名

（法人の場合は法人名及び

代表者名）

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７条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　号 |
| 協力病院名 | |  |
|  | 所在地 | 〒  電話　　　（　　） |
| 協力内容 | | １　研修プログラムの作成  ２　研修プログラムに基づく対象者の受け入れ、研修実施  　　（　　年　　か月（予定））  ３　受け入れた対象者に対する本事業に基づく助成の実施（受け入れ期間に限る）  ※当てはまる番号に〇をしてください。（複数可） |