様式第13号（第22条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

補助金交付変更承認申請書

　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

　住　　所

氏　　名

（電話　　　　　　　 　　　　）

　　年　　月　　日付け　第　号で補助金の交付決定の通知があった茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金について、次のとおり変更したいので、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22条第１項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり変更承認を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の内容 |  |
| 変更の理由 |  |
| 変更の生じた年月日 |  |

※　変更の内容が明らかとなる書類を添付すること。