様式第16号（第24条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

登録病院実績報告書

　　　　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）

　　年　　月　　日付け　第　号で通知のあった登録病院として、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24条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　対象者氏名

２　登録病院に勤務している場合

（１）勤務実績

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年度の勤務実績 | 期　間：　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日病院名：所在地：（雇用開始日：　　年　　月　　日） |

（２）奨学金返済支援実績

|  |  |
| --- | --- |
| 支援期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| 支 援 額 | 　　月額：　　　　　円　／　計：　　　　　　　円 |

３　研修プログラムに基づき協力病院に勤務している場合

（１）勤務実績

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年度の勤務実績 | 期　間：　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日病院名：所在地：（勤務開始日：　　年　　月　　日） |

（２）奨学金返済支援実績

|  |  |
| --- | --- |
| 支援期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| 支 援 額 | 　　月額：　　　　　円　／　計：　　　　　　　円 |

　　※３（２）は、協力病院が支払っている場合に記載

＜添付書類＞

　・対象者への支払いが確認できる書類の写し