様式第１号（第６条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

対象病院登録申請書

　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）

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６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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　分 | | 新規申請　　　　・　　　　再申請 |
| 採用予定病院名 | |  |
|  | 所在地 | 〒  電話　　　（　　） |
| 採用予定人数 | | 人 |
| 採用募集期間  （予定を含む） | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（予定） |
| 対象者用研修プログラムの作成状況 | | １　作成し、茨城県薬剤師確保対策協議会薬剤師卒後研修プログラム部会（以下「県プログラム部会」という。）承認済み。  ２　作成中（　　年　　月頃県プログラム部会提出予定）  ３　未作成（　　年　　月頃県プログラム部会提出予定）  ※当てはまる番号に〇をしてください。  ■研修プログラム作成・実施あたり協力病院の有無  （　あり　・　調整中　・　検討中　・　なし　） |
| 前年度における  対象者雇用決定 | | １　あり（　　人／雇用開始：　　年　　月　　日から  病院勤務義務期間：　　年　　月まで）  　２　なし |

＜添付資料＞

　誓約書