

年 月 日

那賀町長 様

申請者 住 所

氏 名

那賀町薬剤師奨学金返還支援金対象者認定申請書

下記のとおり対象者の認定を受けたいので、那賀町薬剤師奨学金返還支援金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付要綱第 4 条第 1 項第 1 号該当の種別（次のア・イの該当するものに○をつけること）	
ア 今年度、大学等を卒業・修了し薬剤師免許を取得する見込み・取得済みである	
イ 薬剤師免許を取得済みで那賀町外で勤務しており、かつ、町立医療機関に就業する 予定日の直前 3 年間、南阿波定住自立圏（那賀町・阿南市・牟岐町・美波町・海陽町） 内の医療機関・薬局等で勤務したことがない	
2 現時点における在学又は勤務状況	
在籍する大学等又は勤務先の名称 （大学、大学院在籍者は学部・学科、研究科等 まで記載すること）	
在籍する大学等又は勤務先の所在地	
3 奨学金の借入状況等	
奨学金の名称	
借入（予定）期間	年 月 ～ 年 月
返還（予定）残額	円／月 （総額 円）
返還支援希望年数 （1 年単位で最大 2 0 年まで）	年

【注意事項】

- ・ 那賀町の正規職員（薬剤師）採用試験に申込み済みであること
- ・ 採用日において、満 4 0 歳未満であること

【添付書類】

- ・ 履歴書（別紙 1）
- ・ 奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
- ・ 奨学金事業実施者が発行する「貸与奨学金返還確認票」の写し
- ・ 大学等在籍者においては、在学証明書（在学中の大学、大学院の名称及び学部・学年、
研究科がわかるもの）
- ・ 薬剤師免許取得者においては、薬剤師免許証の写し
- ・ その他町長が必要とするもの

履 歴 書

ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日生（満 歳）	男 ・ 女	
ふりがな			電話番号
現 住 所	〒		
ふりがな			電話番号
連 絡 先	〒		

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

年	月	免 許 ・ 資 格