

第 号
年 月 日

那賀町薬剤師奨学金返還支援金対象者認定通知書

様

那賀町長

年 月 日付けで申請のあった那賀町薬剤師奨学金返還支援金対象者
については、下記のとおり認定したので、那賀町薬剤師奨学金返還支援金交付要綱
第 6 条の規定により通知します。

記

対象者認定番号	
支援制度対象者氏名	
対象施設への就業期限	年 月 日 までに対象施設に就業すること