様式第１号（第７条関係）

沖縄県薬剤師奨学金返還助成対象者認定申請書

　　　　年　　月　　日

沖　縄　県　知　事　殿

申請者

氏名

　私は沖縄県内に居住し就業する者で、標記助成金の助成対象者としての認定を受けたいので、沖縄県薬剤師奨学金返還助成金交付要綱第７条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)申  請  者 | 住　　所 | | 〒 |
| 氏　　名 | |  |
| 生年月日 | | 昭和　・　平成 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| (2)就  職  先  等 | 勤  務  先 | 所在地 | 〒 |
| 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 電話番号 |  |
| 就職等年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| (3)奨  学  金 | 名　　称 | |  |
| 貸与金額 | | 総額　　　　　　　円 |
| 貸与期間 | | 年　　月　　日　～ 　年　　月　　日 |
| 返還金額 | | 総額　　　　　　　円（うち利息　　　　円）※延滞金等は除く |
| 返還期間 | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| (4) | 公的な類似の制度の利用の有無 | | 有　　　　　　　　　無 |