様式第６号（第12条関係）

沖縄県薬剤師奨学金返還助成金実績報告書

　　　年　　月　　日

沖　縄　県　知　事　殿

申請者　住所

氏名

連絡先

　沖縄県薬剤師奨学金返還助成金交付要綱第12条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| (1) 認定番号 | 第　　　　　　　　　　　　号 |
| (2) 助成対象期間における就業月数 | ヶ月（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日） |
| (3)　(2)の期間のうち、離職した期間 | □　無し  □　有り  （　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日） |
| (4)　(2)の期間のうち、奨学金を返還した期間 | 期間：　　　年　　　月から　　年　　月まで（　　ヶ月分） |
| (5) 交付申請額 | (2)就業月数（　　　　ヶ月）×３万円  　＝　　　　　　　　　万円 |

* (1)は、沖縄県薬剤師奨学金返還助成対象者認定通知書のとおり記載して下さい。
* (3)の離職した期間には、転勤等により一時的に県外事業所等へ勤務した期間も含めて下さい。