様式第４号（第９条関係）

届　　　　　出　　　　書

　年　　　月　　　日

三重県知事　様

　住　　所

氏　　名

電話番号

（認定番号　　第　　　　　　　　号）

　三重県薬剤師奨学金返還支援助成金交付要領第９条第２号の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事項（あてはまるものに〇をしてください。） | (１)　休職、退職又は転職(２)　他病院への転勤、出向等(３)　新たな奨学金返還支援制度の併用(４)　他の奨学金返還支援制度の助成金額の変更(５)　奨学金返還の一部免除(６)　助成金の交付の辞退（７） その他重要な事項の変更 |
| 内容又は理由 | 　 |
| 変更（予定）年月日 |  |
| 備考 | 　 |

※他の奨学金支援制度の利用や奨学金返還免除等の場合、内容が確認できる書類（助成や免除に係る決定通知の写し、助成額や免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。