（様式第１号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局開設者****等指定申請書**

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会会長　様

（〒　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　薬局開設者　住　所

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

　佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度指定薬局開設者等として指定を受けたいので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第２－１の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  | | |
| 所 在 地 |  | | |
| 許可番号 | Ａ第　　　　　　　　号 | 有効期限 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 奨学金に  関する照会  **・**連絡先 | 担当者名 |  | | |
| 電　　話 | （　　） | ＦＡＸ | （　　） |
| メール  アドレス |  | | |
| ホーム  ページ  など | 照会先？照会・連絡先？ | | |
| 備　　　　考 | | 指定の順位： | | |

（添付書類）

薬局における事業等取組状況報告書（様式第２号）

誓約書（様式第３号）

※　この申請書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。