（様式第１号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局開設者指定申請書**

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会長　　様

（〒　　－　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　薬局開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

薬剤師奨学金制度指定薬局開設者として指定を受けたいので、新・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 |
| 奨学金に関する連絡先 | 担当者名 |  |
| 電　　話 | 　　　（　　） | ＦＡＸ | 　　　（　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ･ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞなど |  |
| 備　　　　考 |  |

（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）

※　この申請書は、新・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。