記載例（病院見学）

様式第１号

令和７年８月１５日

島根県知事 様

住　　所　島根県松江市殿町１番地

氏　　名　島根　太郎

（学校名　島根県庁大学　　学年　３年）

（※未成年の場合は保護者氏名　　）

電 話 番 号　＊＊＊-＊＊＊＊-＊＊＊＊

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付申請兼実績報告書

島根県薬剤師確保対策事業関係助成金交付要綱第４条の規定に基づき関係書類を添えて申請するとともに、実績を報告します。

記

経費の合計額が上限額を上回った場合
交付申請額は上限額を記入してください。

１．助成金交付申請額　20,600 円

※助成金交付申請額は、助成対象経費額の 100 円未満の端数を切り捨てた額とする

２．経費の内訳

助成対象経費	参加に要した経費の内訳 （費目ごとに金額を記入）
旅費 ☐ 地域枠設置大学の見学 ☐ 就職セミナーへの参加 ☑ 島根県内病院の見学 ☐ 島根県内病院の実習 ※該当に✓を入れること	交通費　10,680 円 宿泊費　10,000 円

対象となるのは、申請書１枚につき、対象者１名の宿泊費のみです。

３．実績

（１）見学・実習日または参加日：令和７年８月５日

（２）見学・実習先または参加先：島根県庁病院

（３）内容（※病院見学のみ）：○○○○○○○○○

（４）感想（※病院見学のみ）：○○○○○○○○○