

様式第 8 号 (第 15 条関係)

島根県薬剤師奨学金返還助成事業 就業証明書

年 月 日

島根県知事 様

住所

氏名

島根県薬剤師奨学金返還助成事業実施要綱第 15 条第 1 項の規定により、就業の証明については下記のとおりです。

記

報告に係る年度に	所在地	
おける勤務事業所	名称	
就業年月日	年 月 日	
雇用形態	正規雇用	
勤務条件	1 日 時間勤務 ・ 週 日勤務	
その他特記事項		
上記のとおり相違ないことを証明します。		
年 月 日		
証明者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	氏名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)	

※ 上記の欄に書ききれない場合は、別葉に記載すること。