

年 月 日

公益社団法人 日本薬学会
会 頭 石井 伊都子 殿

採用者： 採用番号 N-..... 日本薬学会会員No.

採用者氏名（自署）..... 印

指導教員：日本薬学会会員No.

所属.....

指導教員（自署）..... 印

長井記念薬学研究奨励支援事業 返還計画申請書

年度採用者として貸与された長井記念薬学研究奨励金を以下の計画にて返還いたします。

(1) 返還理由：									
(2) 返還理由発生日： 年 月 日									
(3) 返還総額： 金 円									
(4) 返還予定月ならびに金額* ^a ： 一括 ・ 分割									
① 一括 年 月 日限り 金 円									
② 分割									
(毎月) 年 月より 年 月まで毎月 日限り 金 円									
(合計 回 総額金 円)									
(最終) 年 月 日限り 金 円									
(5) 返還方法* ^b ： 銀行振込* ^c ・ 郵便振替* ^d									
(6) 所属機関・所在地・電話・メールアドレス* ^e ：									
(7) 自宅住所・電話・メールアドレス* ^e ：									

*^a ① 一括の場合は、返還理由発生日より7か月以内に全額返還して下さい。

② 分割の場合は、必ず毎月同額（1万円未満の設定はできません。最終月を除く）の返還が必要です。返還理由発生日より7か月以内に返還開始月を指定し、返還開始月より5年（返還回数最長60回）以内に全額返還するよう設定して下さい。

^b 銀行振込ならびに郵便振替は別途振込（振替）手数料が必要です。^c みずほ銀行渋谷支店（普通）605208 口座名：公益社団法人 日本薬学会 シヤ ニホヤクガクカイ*^d 郵便振替 口座番号：00160-0-8404 加入者名：公益社団法人 日本薬学会*^e 連絡先に変更が生じた場合は、必ず指導教員ならびに日本薬学会事務局までご連絡下さい。指導教員は、返還終了まで連絡先を確保することが必要です。

・ 返還計画は届出により変更することが可能です。ただし、原則として返還最長期限（5年）は延長できません。返還計画を変更する場合は、日本薬学会事務局までご連絡下さい。

・ 届出なく返還を滞った場合は、直ちに一括返還していただくことになりますのでご留意下さい。

・ 指導教員には、採用者とのご連絡が取れなくなった際にお問合せをさせていただくこととなりますのでご了承下さい。