

修学資金貸付申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長 殿

(写真貼付欄)  
 写真( )を貼って  
 提出してください。  
 縦4cm×横3cm  
 上半身・脱帽・正面  
 向きの、本人と確認  
 できるもの  
 裏面に氏名を記入

|                |        |       |      |  |       |  |   |       |    |
|----------------|--------|-------|------|--|-------|--|---|-------|----|
|                |        | 借受生番号 |      |  |       |  |   | 貸付開始月 |    |
| 養成施設<br>の名称・学科 |        |       |      |  | -     |  |   |       | 月  |
| ふりがな           |        | 性別    | 生年月日 |  | 昭和 平成 |  | 年 | 月     | 日生 |
| 氏名             | 印      | 男 女   |      |  |       |  |   |       |    |
| 入学年月           | 平成 年 月 | 在学年   |      |  | 第 学年  |  |   |       |    |
| 卒業予定年月         | 平成 年 月 |       |      |  |       |  |   |       |    |

印の欄には記入しないでください。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり申請します。

|                     |   |                    |     |                    |
|---------------------|---|--------------------|-----|--------------------|
| 修学資金の種類<br>( をつける ) | <input type="checkbox"/> 看護師修学資金<br><input type="checkbox"/> 助産師修学資金<br><input type="checkbox"/> 修学生活援助金                |                    |     | 足柄上病院勤務希望者のみ、申込は任意 |
| 住 所                 | 〒   |                    |     |                    |
| 自宅の電話番号             | ( )   | 昼間の連絡先<br>(携帯電話等)  | ( ) |                    |
| 緊急連絡先1              | 連絡先名称   | 電話 ( )             |     |                    |
| 緊急連絡先2              | 連絡先名称   | 電話 ( )             |     |                    |
| 健康状況                | 現在の状況   | 良い 普通 悪い(具体的な状況: ) |     |                    |
| 卒業後の<br>勤務希望<br>病院  | いずれか1つに をつけてください(助産師修学金希望者は、AかBに必ず○をつけてください)<br>A 足柄上病院 B こども医療センター C 精神医療センター D がんセンター<br>E 循環器呼吸器病センター F A~Eのいずれか(未定) |                    |     |                    |

印の欄には記入しないでください。

(用紙 日本工業規格A4縦長型)

誓 約 書

平成 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長 殿

私は、借受生として地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金貸付要綱及び地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金貸付要領の規定に従うことを誓約します。

氏 名 印

私どもは、上記借受生の連帯保証人として、同人に誓約どおり履行させるとともに、借受生の債務を連帯して負担します。

連帯保証人 住 所  
電 話 番 号  
本人との関係  
氏 名 印  
年 月 日生  
勤務先等名称  
勤務先等電話番号

連帯保証人 住 所  
電 話 番 号  
本人との関係  
氏 名 印  
年 月 日生  
勤務先等名称  
勤務先等電話番号

修学資金受領書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長 殿

|                |       |
|----------------|-------|
| 借 受 生 番 号      |       |
| 養成施設等の名称       | 第 学 年 |
| フ リ ガ ナ<br>氏 名 |       |

次のとおり受領しました。

|       |       |    |     |   |   |   |   |   |
|-------|-------|----|-----|---|---|---|---|---|
| 受領年月日 | 年 月 日 | 金額 | 十 万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-------|-------|----|-----|---|---|---|---|---|

ただし、看護師修学金・助産師修学金・修学生活援助金 平成 年 月から 月まで 箇月分

収入印紙  
はり付け  
欄

修学資金借用証書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長 殿

|           |     |  |  |  |                   |  |  |  |       |  |      |         |
|-----------|-----|--|--|--|-------------------|--|--|--|-------|--|------|---------|
| 借 受 生 番 号 |     |  |  |  |                   |  |  |  |       |  |      |         |
| 住 所       | 〒   |  |  |  |                   |  |  |  |       |  |      |         |
| フリガナ      |     |  |  |  |                   |  |  |  |       |  | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 氏 名       |     |  |  |  |                   |  |  |  |       |  | 印    |         |
| 自宅の電話番号   | ( ) |  |  |  | 昼間の連絡先<br>(携帯電話等) |  |  |  | ( )   |  |      |         |
| 養成施設等の名称  |     |  |  |  |                   |  |  |  | 学 科 名 |  |      |         |

私は、借受生として、次のとおり修学資金の貸付けを受けました。この修学資金は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金貸付要綱及び地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金貸付要領の規定に従い、修学資金返還明細書のとおり返還します。

【看護師修学金・助産師修学金】

|                  |       |       |           |    |  |
|------------------|-------|-------|-----------|----|--|
| 借 用 金 額<br>A x B | 円     |       | 月 額<br>A  | 円  |  |
| 借 用 期 間          | 年 月から | 年 月まで | 借用月数<br>B | か月 |  |

【修学生活援助金】

|                  |       |       |           |    |  |
|------------------|-------|-------|-----------|----|--|
| 借 用 金 額<br>A x B | 円     |       | 月 額<br>A  | 円  |  |
| 借 用 期 間          | 年 月から | 年 月まで | 借用月数<br>B | か月 |  |

|           |       |     |       |     |  |  |
|-----------|-------|-----|-------|-----|--|--|
| 連 帯 保 証 人 |       |     |       |     |  |  |
| 氏 名       | 印     |     |       | 印   |  |  |
| 生 年 月 日   | 年 月 日 | 生 歳 | 年 月 日 | 生 歳 |  |  |
| 本人との関係    |       |     |       |     |  |  |
| 住 所       | 〒     |     |       | 〒   |  |  |
| 電 話 番 号   | ( )   |     |       | ( ) |  |  |

私どもは、上記借受生の連帯保証人として、同人に誓約どおり履行させるとともに、借受生の債務を連帯して負担します。

(表)

(用紙 日本工業規格A4縦長型)

修学資金返還明細書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長殿

|                                 |                    |        |                          |                              |                |         |
|---------------------------------|--------------------|--------|--------------------------|------------------------------|----------------|---------|
| 借 受 生 号<br>番 号                  |                    |        |                          |                              |                |         |
| フリガナ                            |                    |        |                          |                              |                |         |
| 住 所                             | 〒                  |        |                          |                              |                |         |
| フリガナ                            |                    |        |                          | 生 年 月 日                      | 年 月 日 歳        |         |
| 氏 名                             |                    |        |                          | 印                            |                |         |
| 自宅の電<br>話番号                     | ( )                |        |                          | 昼 間 の 連 絡 先<br>( 携 帯 電 話 等 ) | ( )            |         |
| 養成施設<br>の名称                     |                    |        |                          | 年                            | 月卒業・卒業予定       |         |
| 看護師修学金・助産師修学金                   |                    |        |                          |                              |                |         |
| 借 受 け 間<br>期                    | 年                  | 月      | から                       | 年                            | 月              | まで      |
|                                 |                    |        |                          | 月                            | A 額            | 円       |
| 借 受 け 額<br>A x B                |                    |        |                          | 円                            | 借 受 け 月 数<br>B | か月      |
| 修学生活援助金                         |                    |        |                          |                              |                |         |
| 借 受 け 期<br>間                    | 年                  | 月      | から                       | 年                            | 月              | まで      |
|                                 |                    |        |                          | 月                            | A 額            | 円       |
| 借 受 け 金<br>額<br>A x B           |                    |        |                          | 円                            | 借 受 け 月 数<br>B | か月      |
| 提出理由                            | 卒業 廃止(退学・辞退・その他)   |        |                          |                              |                |         |
| 理由発生<br>年 月 日                   | 年                  | 月      | 日                        |                              |                |         |
| 返還総額                            | 円                  | 返還方法   | 1 月賦 2 4分の1年賦 3 半年賦 4 一時 |                              |                |         |
| 1 回 の 返 還 額                     | 1 回 目 ~<br>2 回 目 ~ | 円      | 返 還 期 間                  | 年                            | 月              | から      |
|                                 |                    |        |                          |                              |                | 返 還 回 数 |
| 卒 業 ( 退 学 ) 後 の 就 業 先 又 は 進 学 先 | 所 在 地              |        |                          |                              |                |         |
|                                 | 名 称                |        |                          |                              |                |         |
|                                 | 電 話 番 号            | 内線 ( ) |                          |                              |                |         |

裏面にも記入事項あり

連 帯 保 証 人 関 係 事 項

|         |          |           |                 |
|---------|----------|-----------|-----------------|
| 氏 名     |          |           |                 |
| 生年月日    | 年 月 日生 歳 |           | 年 月 日生 歳        |
| 本人との係   |          |           |                 |
| 住 所     | 〒        |           | 〒               |
| 電 話 番 号 | ( )      |           | ( )             |
| 勤 務 先   | 名 称      |           |                 |
|         | 電 話 番 号  | ( )       |                 |
| 備 考     |          | 就 業 期 間   | 年 月 ~ 年 月 年 月 日 |
|         |          | 返 還 免 除 額 | × = 円           |

(表)

(用紙 日本工業規格A4縦長型)

修学資金返還免除申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長殿

|         |       |  |  |                   |  |          |         |
|---------|-------|--|--|-------------------|--|----------|---------|
| 借受番号    |       |  |  |                   |  |          |         |
| 住所      | 〒     |  |  |                   |  |          |         |
| フリガナ    |       |  |  |                   |  | 生年<br>月日 | 年 月 日 歳 |
| 氏名      |       |  |  |                   |  | 印        |         |
| 自宅の電話番号 | ( ) - |  |  | 昼間の連絡先<br>(携帯電話等) |  | ( ) -    |         |

地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

|                 |  |          |    |         |       |     |  |
|-----------------|--|----------|----|---------|-------|-----|--|
| 修学資金の種類         | 看護師修学金 ( ) 助産師修学金 ( ) 括弧内に○を付けてください                          |          |    |         |       |     |  |
| 所有免許            | 種類   | 登年<br>月日 | 録日 | 年 月 日   | 番号    | 第 号 |  |
| 借受生時の養成施設等の名称   |  |          |    | 借受け金額   |       |     |  |
| 借受け期間           | 年 月から 年 月まで  |          |    | 既返還額    |       |     |  |
|                 | 休学等による貸付休止期間 有・無   |          |    | 既免除額    |       |     |  |
| 返還猶予期間          | 年 月から 年 月まで  |          |    | 返還未済額   |       |     |  |
| 返還猶予期間内の機構就業期間  | 計 年 か月   |          |    | 返還免除申請額 |       |     |  |
|                 |  |          |    | 返還する額   |       |     |  |
| 申請理由            | 1 機構の看護職員として勤務<br>2 死亡(業務上・業務外)<br>3 心身の障害(業務上・業務外) 4 その他( ) |          |    |         |       |     |  |
| 理由発生日           | 年 月 日  |          |    |         |       |     |  |
| 現在の就業先又は<br>在学先 | 所在地  |          |    |         |       |     |  |
|                 | 名称   |          |    |         |       |     |  |
|                 | 電話番号   | ( )      |    |         | 内線( ) |     |  |

| 卒業後の状況 | 期 |    | 間  | 就業先・進学先等 |   |   |    |
|--------|---|----|----|----------|---|---|----|
|        | 年 | 月  | から | 年        | か | 月 |    |
|        | 年 | 月  | まで |          |   |   |    |
|        | 年 | 月  | 現在 |          |   |   |    |
|        | 年 | 月  | から | 年        | か | 月 |    |
| 年      | 月 | まで |    |          |   |   |    |
| 年      | 月 | 現在 |    |          |   |   |    |
| 年      | 月 | から | 年  | か        | 月 |   |    |
| 年      | 月 | まで |    |          |   |   |    |
| 年      | 月 | 現在 |    |          |   |   |    |
| 備考     |   |    |    | 就業       | 業 | 数 | か月 |
|        |   |    |    | 就        | 業 | 数 | か月 |

- 備考 1 印の欄には記入しないでください。
- 2 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。



(表)

(用紙 日本工業規格A4縦長型)

修学資金返還猶予申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長殿

|         |     |  |  |  |                   |      |       |
|---------|-----|--|--|--|-------------------|------|-------|
| 借受生号    |     |  |  |  |                   |      |       |
| 住所      | 〒   |  |  |  |                   |      |       |
| フリガナ    |     |  |  |  |                   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名      |     |  |  |  |                   | 印    | 歳     |
| 自宅の電話番号 | ( ) |  |  |  | 昼間の連絡先<br>(携帯電話等) | ( )  |       |

地方独立行政法人神奈川県立病院機構修学資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

|                 |   |     |           |         |    |        |  |
|-----------------|---|-----|-----------|---------|----|--------|--|
| 修学資金の種類         | 看護師修学金 ( ) 助産師修学金 ( ) 括弧内に○を付けてください           |     |           |         |    |        |  |
| 所有免許            | 種類  |     | 登年 月 日 録日 | 年 月 日   | 番号 | 第 号    |  |
| 借受生時の養成施設等の名称   |   |     |           | 借受け金額   | 円  |        |  |
|                 |   |     |           | 既返還額    | 円  |        |  |
|                 |   |     |           | 既免除額    | 円  |        |  |
| 借受け期間           | 年 月から 年 月まで                                   |     |           | 返還猶予申請額 | 円  |        |  |
|                 | 休学等による貸付休止期間 有 ・ 無                            |     |           |         |    |        |  |
| 返還猶予申請期間        | 年 月から 年 月まで                                   |     |           | 年 か月    |    |        |  |
| 申請理由            | 1 機構の看護職員として勤務 2 進学<br>3 被災 4 心身の障害 5 その他 ( ) |     |           |         |    |        |  |
| 理由発生日           | 年 月 日   |     |           |         |    |        |  |
| 現在の就業先又は<br>在学先 | 所在地   |     |           |         |    |        |  |
|                 | 名称  |     |           |         |    |        |  |
|                 | 電話番号  | ( ) |           |         |    | 内線 ( ) |  |

|        |     |                 |                 |
|--------|-----|-----------------|-----------------|
| 卒業後の状況 | 期 間 |                 | 就 業 先 ・ 進 学 先 等 |
|        | 年   | 年 月から<br>月まで・現在 | 年 か月            |
|        | 年   | 年 月から<br>月まで・現在 | 年 か月            |
|        | 年   | 年 月から<br>月まで・現在 | 年 か月            |
|        | 年   | 年 月から<br>月まで・現在 | 年 か月            |
| 備 考    |     |                 |                 |

備考 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

現 況 報 告 書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長殿

住 所 〒

氏 名 (旧姓 )

生 年 月 日 年 月 日生

借受生番号

養成施設名

卒 業 年 年 月卒業

次のとおり現況に変更がありましたので届け出ます。

1 借受生の住所または氏名変更 (変更日 年 月 日)

新住所 〒

電話番号

変更後の氏名

2 連帯保証人の住所または氏名変更 (変更日 年 月 日)

新住所 〒

電話番号

変更後の氏名

3 休学 (変更日 年 月 日)

4 復学 (変更日 年 月 日)

5 転学 (変更日 年 月 日)

転学先名称

6 退学 (変更日 年 月 日)

7 懲戒処分 (停学・退学) (変更日 年 月 日)

8 留年

9 免許所得

保健師・助産師・看護師・准看護師

免許番号 第 号

登録年月日 年 月 日

10 Eメールアドレス