

○串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程

令和2年3月25日串間市病院企業管理規程第4号

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程

(趣旨)

第1条 この規程は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例（令和2年串間市条例第5号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規程において使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

(申請の手続)

第3条 申請者は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与申請書（別記様式第1号）に次に掲げる書類を添えて管理者に提出しなければならない。

- (1) 履歴書（別記様式第2号）
- (2) 串間市民病院志望理由書（別記様式第3号）
- (3) 大学等の在学証明書（当該大学等への入学予定者にあつては、大学等の合格通知書）
- (4) 大学等の成績証明書（当該大学等への入学予定者にあつては、入学前に卒業した学校の成績証明書）
- (5) 連帯保証人の印鑑登録証明書、市区町村民税納税証明書及び所得証明書

2 奨学金の貸与の申請期間（以下「申請期間」という。）は、4月1日から同月30日までとする。

3 申請期間は、管理者が特に必要と認めるときは、9月30日まで延期することができる。この場合において、申請者は、申請を行う年の4月分からの奨学金の貸与を申請することができる。

(連帯保証人)

第4条 条例第4条第1項に規定する連帯保証人は、次に掲げる要件を備えた者でなければならない。

- (1) 独立の生計を営んでいること。
- (2) 奨学金の返還の債務を履行するために必要な資力を有していること。
- (3) 市区町村民税を滞納していないこと。

2 連帯保証人の債務の負担は、条例第6条第2項及び第7条の規定に基づく返還金に相当する額及び条例第9条に規定する損害遅延金においては返還すべき期限の翌日から365日分に相当する額を限度とする。

(決定通知)

第5条 条例第4条第2項の規定による通知は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与決定通知書（別記様式第4号）により行うものとする。

（借用誓約書の提出）

第6条 奨学金の貸与の決定を受けた申請者は、借用誓約書（別記様式第5号）を前条の通知を受理した日から起算して14日以内に管理者に提出しなければならない。

（貸与の方法）

第7条 修学者は、管理者の定める日までに串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与請求書（別記様式第6号）により管理者に奨学金の貸与を請求しなければならない。

2 奨学金は、6月分を合わせて貸与するものとし、4月から9月までの奨学金を7月末日までに、10月から3月までの奨学金を11月末日までに貸与するものとする。

3 第3条第3項の規定により5月1日から9月30日までの間に奨学金の貸与の申請があった場合における4月から9月までの奨学金の貸与については、貸与の決定のあった日の属する月の翌月に行うものとする。

（現況報告書の提出）

第8条 修学者は、毎年4月1日における現況を記載した現況報告書（別記様式第7号）に大学等の成績証明書を添えて4月30日までに管理者へ提出しなければならない。

（連帯保証人の変更の承認申請）

第9条 修学者又は借受者は、連帯保証人が欠けたとき、又はその資格を欠くに至ったときは、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金連帯保証人変更申請書（別記様式第8号）に新たに連帯保証人にしようとする者の印鑑登録証明書、市区町村民税の納税証明書及び所得証明書を添えて管理者に申請しなければならない。

2 管理者は、前項の申請があったときは、これを審査し、連帯保証人の変更の可否を決定し、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金連帯保証人変更承認決定通知書（別記様式第9号）により前項の申請を行った者に通知するものとする。

（辞退等）

第10条 修学者は、次の各号のいずれかに該当する事由が生じたときは、辞退・現況変更届（別記様式第10号）により速やかにその旨を管理者に届けなければならない。

- （1）奨学金の貸与を受けることを辞退するとき。
- （2）退学したとき。
- （3）休学したとき。

- (4) 停学の処分を受けたとき。
- (5) 留年したとき。
- (6) 長期欠席したとき。
- (7) 復学したとき。
- (8) 転学したとき。

2 修学者又は借受者が死亡したときは、修学者又は借受者の相続人（以下「相続人」という。）は、直ちに修学者・借受者死亡届（別記様式第11号）に死亡した者の除籍個人事項証明書を添えて管理者に提出しなければならない。

（取消等の通知）

第11条 管理者は、条例第5条第1項の規定により奨学金の貸与の決定を取り消したときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与取消通知書（別記様式第12号）により修学者及び連帯保証人に通知するものとする。

2 管理者は、条例第5条第2項の規定により奨学金の貸与を停止するときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与停止通知書（別記様式第13号）により修学者及び連帯保証人に通知するものとする。

3 管理者は、条例第5条第3項の規定により奨学金の貸与を一時保留するときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与一時保留通知書（別記様式第14号）により修学者及び連帯保証人に通知するものとする。

4 管理者は、条例第5条第2項又は第3項の規定により停止又は一時保留していた奨学金の貸与を再開するときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与再開通知書（別記様式第15号）により修学者及び連帯保証人に通知するものとする。

（借用証書の提出）

第12条 修学者は、奨学金の貸与が終了したときは、直ちに借用証書（別記様式第16号）を管理者に提出しなければならない。

（返還の方法）

第13条 借受者は、条例第6条第2項及び第7条の規定により奨学金を返還しなければならなくなったときは、直ちに返還届（別記様式第17号）を管理者に提出しなければならない。

2 借受者は、条例第6条第2項及び第7条の規定による返還を当該事由の発生した日（条例第8条の規定により返還が猶予された者にあつては、同条の規定による猶予の期間が終了した日）の属する月の翌月から起算して奨学金の貸与を受けた期間（奨学金の貸与の期間が2以上あるとき

は、それぞれの期間を合算した期間とし、条例第6条第2項の規定する借受者にあつては、当該奨学金の貸与の期間から業務従事期間を差し引いた期間）に相当する期間（以下「返還期間」という。）内に行わなければならない。ただし、管理者は、返還期間内に返還できないやむを得ない事由があると認めるときは、返還期間を延長することができる。

第14条 条例第6条第2項の規定による奨学金の返還については、業務従事期間中に休職（業務に起因する休職を除く。以下この項において同じ。）又は停職の期間があるときは、業務従事期間から休職又は停職の期間の開始の日の属する月から休職又は停職の期間の終了の日の属する月までの月数を控除するものとする。

2 管理者は、条例第6条第4項の規定による決定をしたときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還決定通知書（別記様式第18号）により前項の申請をした者に通知するものとする。

（返還の猶予）

第15条 条例第8条第2項の規定による申請をしようとする者は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還猶予申請書（別記様式第19号）に同条第1項各号に該当する事由に係る事実を証明する書類を添えて管理者に申請しなければならない。

2 管理者は、条例第8条第3項の規定による決定をしたときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還猶予決定通知書（別記様式第20号）により前項の申請をした者に通知する。

（遅延損害金の減免）

第16条 条例第9条第3項の規定による申請をしようとする者は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還遅延損害金減免申請書（別記様式第21号）に同条第2項の事由に係る事実を証明する書類を添えて管理者に申請しなければならない。

2 管理者は、条例第9条第4項の規定による決定をしたときは、その旨を串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還遅延損害金減免決定通知書（別記様式第22号）により前項の申請をした者に通知する。

（氏名、住所等変更届の提出）

第17条 修学者、借受者又は連帯保証人は、第3条に規定する申請の内容に変更があつたときは、速やかに氏名、住所等変更届（別記様式第23号）に事実を証明する書類を添えて管理者に提出しなければならない。

（連帯保証人の連署）

第18条 修学者、借受者又は相続人は、次に掲げる書類を管理者に提出するときは、連帯保証人と

連署のうえ提出しなければならない。

- (1) 借用誓約書（別記様式第5号）
  - (2) 辞退・現況変更届（別記様式第10号）
  - (3) 修学者・借受者死亡届（別記様式第11号）
  - (4) 借用証書（別記様式第16号）
  - (5) 返還届（別記様式第17号）
  - (6) 串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還猶予申請書（別記様式第19号）
- （その他）

第19条 この規程に定めるもののほか、この規程の施行に関し必要な事項は、管理者が別に定める。

#### 附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

（表）

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与申請書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金の貸与を受けたいので、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（※記入不要）

※修学者番号						
申 請 者	(フリガナ) 氏 名			生年月日	年 月 日	
	(フリガナ) 現 住 所	〒 -				
	電 話 番 号	- -				
	電子メールアドレス					
	(フリガナ) 連 絡 先 (現住所以外に 連絡の取れる 方がいる場合 に記入)	〒 -				
	電 話 番 号	- -				
	電子メールアドレス					
	大 学 等	名 称				
		所 在 地				
		入学年月	年 月	在学年次	第 学年	
卒業予定		年 月	正規の修学 年数	年		
貸与希望期間	年 月から 年 月まで					
串間市病院企業職員 採用試験受験資格(※)	要件を満たす ・ 要件を満たさない					

(裏)

連帯保証人 ①	(フリガナ) 氏名 ◎自署	⑩	生年月日	年 月 日
	(フリガナ) 住所	〒 -		
	連絡先	電話番号	- -	
		電子メールアドレス		
申請者から見た続柄		勤務先		
連帯保証人 ②	(フリガナ) 氏名 ◎自署	⑩	生年月日	年 月 日
	(フリガナ) 住所	〒 -		
	連絡先	電話番号	- -	
		電子メールアドレス		
申請者から見た続柄		勤務先		
この申請書の記載事項は、全て事実と相違ありません。 また、申請に当たり、私は大学等を卒業後、串間市民病院に薬剤師・保健師・助産師・看護師として就職する意志があります。 (必ず自署してください) 年 月 日 (申請者氏名) ⑩				

※串間市病院企業職員採用試験受験資格

次の(1)及び(2)の要件を全て満たす者

- (1) 大学等を卒業した日から1年1か月以内に勤務するための国家試験において免許取得見込みの者
- (2) 次のいずれにも該当しない者
  - ア 日本国籍を有しない者
  - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者又はその執行を受けることがなくなるまでの者
  - ウ その他地方公務員法の規定による欠格条項に該当する者

## 履 歴 書

年 月 日現在

※は記入不要

※修学者番号			
(フリガナ) 申請者氏名	㊦	生年月日	年 月 日
申請者の履歴（学歴・職歴）			
学 歴			
学 校 名	学部・学科・専攻	在学期間	年制 卒業・卒業見込
【在学中又は入学予定の大学等名】		年 月から 年 月まで	年制 卒業見込
【その前】		年 月から 年 月まで	年制 卒 業
【その前】		年 月から 年 月まで	年制 卒 業
職 歴			
勤 務 先 名	所在地（市区町村まで）	在職期間	職務内容
【直近のもの】		年 月から 年 月まで	
【その前】		年 月から 年 月まで	





様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与決定通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第4条第2項の規定により、奨学金の貸与について次のとおり通知します。

1 決定区分

決定 修学者番号（※） \_\_\_\_\_

不決定

不決定の理由

2 貸与の金額

月額 円

3 貸与の期間

年 月から 年 月まで

（※）修学者番号については、今後、各種届出や問合せなどの際に必要となりますので、別に控えておくなど各自で管理してください。

借 用 誓 約 書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

私は、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例（以下この様式において「条例」という。）及び串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程（以下この様式において「規程」という。）により、 年 月 日付串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与決定通知書のとおり、奨学金を借用します。

また、借用に当たっては、条例及び規程を遵守し、奨学金の返還の債務が生じたときは、返還期日までに確実に返還することを誓約します。

（必ず自署してください）  
奨学金の貸与の決定を受けた者  
（修学者番号： ）  
住所

氏名

印

奨学金の貸与に係る返還その他の債務について、奨学金の貸与の決定を受けた者と連帯して責任を負うことを誓約します。

（必ず自署してください）  
連帯保証人  
住所

氏名

印

（必ず自署してください）  
連帯保証人  
住所

氏名

印

# 串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与請求書

串間市病院事業管理者 様

金額 \_\_\_\_\_ 円

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金の貸与について、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第7条第1項の規定により、上記金額を請求します。

(請求内訳)

貸与時期： 年 月から 年 月まで

貸与金額： 円

年 月 日

請求者 住 所

氏 名



振込先

金融機関名	
口座の種類	
口座番号	
口座名義	(フリガナ)

## 現 況 報 告 書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

(必ず自署してください)

修学者（修学者番号： \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_



年 月 日における現況について、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第8条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり報告します。

大 学 等 (※1)	名 称			
	所 在 地			
	入学年月	年 月	在学年次	第 学年
	卒業予定	年 月	正規の修学年数	年
串間市病院企業職員採用試験 受 験 資 格 (※2)	要件を満たす ・ 要件を満たさない			

(※1) 本報告書に大学等の成績証明書（提出年度の4月1日以降発行のもの）を添付し、提出してください。

(※2) 串間市病院企業職員採用試験受験資格

次の(1)及び(2)の要件を全て満たす人

- (1) 大学等を卒業した日から1年1か月以内に勤務するための国家試験において免許取得見込みの者
- (2) 次のいずれにも該当しない者
  - ア 日本国籍を有しない者
  - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者又はその執行を受けることがなくなるまでの者
  - ウ その他地方公務員法の規定による欠格条項に該当する者

別記様式第8号（第9条関係）

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金連帯保証人変更申請書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

（必ず自署してください）

修学者・借受者（修学者番号： \_\_\_\_\_）

住所

氏名



連帯保証人の変更の承認を受けたいので、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

新連帯保証人	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日
	(フリガナ) 住 所	〒 _____		
	連 絡 先	電 話 番 号	_____	
		電子メールアドレス	_____	
修学者又は借受者 から見た続柄		勤 務 先		
(フリガナ) 旧連帯保証人氏名		生年月日	年 月 日	
変 更 の 事 由				
変 更 年 月 日	年 月 日			

※ 本申請書に新連帯保証人の印鑑登録証明書、市区町村民税の納税証明書及び所得証明書を添付し、提出してください。

奨学金の貸与に係る返還その他の債務について、修学者・借受者と連帯して履行することを誓約します。

（必ず自署してください）

新連帯保証人

住所

氏名



串市病第 号  
年 月 日

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金連帯保証人変更承認決定通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第9条第2項の規定により、連帯保証人の変更の承認について次のとおり決定したので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 決定区分

承認

不承認

不承認の理由

辞退・現況変更届

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

(必ず自署してください)

修学者

(修学者番号： )

住所

氏名

印

(必ず自署してください)

連帯保証人

住所

氏名

印

(必ず自署してください)

連帯保証人

住所

氏名

印

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第10条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

該 当 事 由 (上段の該当事由に○) (下段に事由の詳細を記入)	1 辞退    2 退学    3 休学    4 停学 5 留年    6 長期欠席    7 復学    8 転学
事由の生じた日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。	
年 月 日	在学する学部長又は学校長 印

※1 本届出書の該当事由及び事由の生じた日（辞退を除く）については、大学においては学部長が、学校及び養成所においては学校長が記入し、証明してください。

※2 辞退する場合は、修学者本人が記入し、学部長又は学校長の証明は不要です。



修学者・借受者死亡届

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

(必ず自署してください)  
修学者・借受者の相続人  
住所

氏名 ㊟

(必ず自署してください)  
連帯保証人  
住所

氏名 ㊟

(必ず自署してください)  
連帯保証人  
住所

氏名 ㊟

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第 10 条第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。

修 学 者 番 号	
修学者・借受者の氏名	
死 亡 年 月 日	
死 因	

※ 本届出書に亡くなられた方の除籍個人事項証明書を添付し、提出してください。

串市病第 号  
年 月 日

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与取消通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第5条第1項の規定により、次のとおり奨学金貸与の決定を取り消したので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 貸与の取消日

年 月 日（ 年 月分から）

3 理由

死亡したため

退学したため

辞退したため

その他（ \_\_\_\_\_ により奨学金の貸与の目的を達成する見込みがないと認められたため）

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与停止通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第5条第2項の規定により、次のとおり奨学金貸与を停止したので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 貸与の停止日

年 月 日（ 年 月分から）

3 理由

休学したため

連続して1か月以上長期欠席をしたため

停学処分を受けたため

留年したため

その他（ ）

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与一時保留通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第5条第3項の規定により、次のとおり奨学金貸与を一時保留するので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 貸与の一時保留開始日

年 月 日（ 年 月分から）

（ 貸与の期間  
年 月から 年 月まで〔 か月〕 ）

3 理由

提出すべき届、報告書等を提出しなかったため

〔未提出書類： \_\_\_\_\_〕

串市病第 号  
年 月 日

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与再開通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第5条第2項又は第3項の規定により停止又は一時保留していた奨学金貸与（ 年 月 日付 第 号通知）について、次のとおり再開するので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 貸与の再開日

年 月 日（ 年 月分から）

〔 貸与の期間  
年 月から 年 月まで〔 か月〕 〕

3 理由

収入  
印紙

借 用 証 書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

借用金額

金 円也

以上のとおり奨学金を借用しましたので、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第12条の規定により、本証書を提出します。

また、病院における業務への従事、返還に当たっては、以下のことについて同意します。

- 1 串間市病院事業管理者が借受者に対し、個人情報の提出を求めた場合には、これに協力すること。
- 2 1の場合において、協力を怠った場合には、期限の利益を喪失させることができること。
- 3 串間市病院事業管理者が1で収集した個人情報を法的措置その他徴収に関する事務に使用すること。

(必ず自署してください)

借受者

(修学生番号： )

住所

氏名

㊞

(必ず自署してください)

連帯保証人

住所

氏名

㊞

(必ず自署してください)

連帯保証人

住所

氏名

㊞

(表)  
返 還 届

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金について串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第6条第2項及び第7条の規定により返還しますので、次のとおり届け出ます。

修学者番号			
借	(フリガナ) 氏 名	Ⓜ	生年月日 年 月 日
	(フリガナ) 現 住 所	〒 -	
	電 話 番 号	- -	
	電子メールアドレス	@	
受	(フリガナ) 連 絡 先	〒 -	
	(現住所以外に連絡の 取れる方がいる場合に 記入)	電 話 番 号	- -
		電子メールアドレス	@
者	大 学 等	名 称	
		所 在 地	
返 還 事 由	発生年月日	年 月 日	
	該 当 事 由 (該当事由に ○、1については( )内の該 当 事由にも○)	1 取消し(死亡・退学・辞退・その他) 2 卒業後1年1か月以内に薬剤師又は看護師等の免許を取得しなかったため 3 薬剤師又は看護師等の免許を取得後に串間市民病院に就業しなかったため 4 串間市民病院における業務従事期間が貸与期間に満たなかったため	

(裏)

貸与期間 ※各年度 に分けて 記入	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( か月)	貸与金額	円
上記「貸与期間」の記入について、貸与期間中に一時保留期間がある場合は、その月数を除いて ( か月) に記入してください。		貸与総額	円
串間市民 病院業務 従事期間	年 月から 年 月まで ( か月)	業務従事 期間に応 じた額 (※1)	円
(貸与総額) - (業務従事期間に応じた額) = (返還総額)		返還総額	円
返還方法	1 月賦      2 半年賦      3 その他 ( )		
返還期間	年 月から 年 月まで ( か月)	月返還額 (※2)	円
<p>上記のとおり遅滞なく返還することを誓約します。 (必ず自署してください) 年 月 日 (借受者氏名)(※3) ㊟</p> <p>上記返還の債務について、借受人と連帯して責任を負うことを誓約します。 (必ず自署してください) 年 月 日 連帯保証人①(※4)  (住所) _____  (氏名) _____ ㊟</p> <p>年 月 日 連帯保証人②(※4)  (住所) _____  (氏名) _____ ㊟</p>			

(※1) 業務従事期間に応じた額は、(串間市民病院での業務従事月数/奨学金の貸与を受けた月数) × 貸与総額で計算した額となります。

(※2) 月賦の場合の月返還額は、返還総額 / (奨学金の貸与を受けた月数 - 串間市民病院での業務従事月数) で計算した額となります。また、半年賦の場合は、月返還額の欄に6か月分の金額を記入し、一括返還の場合は、記入不要です。

(※3) 返還事由が、借受者の死亡によるものである場合は、相続人が届出を行ってください。

(※4) 本届出書に連帯保証人の印鑑登録証明書を添付し、提出してください。



串市病第 号  
年 月 日

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還額決定通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第6条第2項の規定により、奨学金返還の額について次のとおり決定したので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 返還の金額

円

別記様式第19号（第15条、第18条関係）

（表）

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還猶予申請書

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金の貸与について串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第8条第2項の規定により申請します。

修学者番号			
借	(フリガナ) 氏名	〒	生年月日 年 月 日
	(フリガナ) 現住所	〒 —	
		電話番号	— —
		電子メールアドレス	@
受	(フリガナ) 連絡先	〒 —	
	(現住所以外に連絡の取れる方がいる場合に記入)	電話番号	— —
		電子メールアドレス	@
者	大学等	名称	
		所在地	
事由 (※1)	1 在学中 2 串間市民病院へ就業 3 その他(事由: )		
貸与期間 ※各年度 に分けて 記入	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
	年 月から 年 月まで ( 月)	貸与金額	円
上記「貸与期間」の記入について、貸与期間中に一時保留期間がある場合は、その月数を除いて ( 月) に記入してください。		貸与総額	円



串市病第 号  
年 月 日

様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還猶予決定通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第8条第3項の規定により、次のとおり奨学金返還の猶予の決定をしたので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 決定区分

決定

不決定

不決定の理由

3 返還猶予の金額

円

4 返還猶予の期間

年 月から 年 月まで（ か月）



様

串間市病院事業管理者



串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金返還遅延損害金減免決定通知書

串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第9条第4項の規定により、遅延損害金の減免について次のとおり決定したので通知します。

1 修学者番号 \_\_\_\_\_

2 決定区分

決定

不決定

不決定の理由

3 減免する遅延損害金の額

円

氏名、住所等変更届

年 月 日

串間市病院事業管理者 様

(必ず自署してください)

修学者・借受者 (修学者番号: )  
住所

氏名 (印)

(必ず自署してください)

連帯保証人 (変更が当該人の場合は記入)  
住所

氏名 (印)

氏名、住所等に変更があったので、串間市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例施行規程第17条の規定により、次のとおり届け出ます。

変更対象者	修学者、借受者又は連帯保証人		
変更事項	変更前	変更後	
	(フリガナ) 氏名		
	住所		
	電話番号	- -	- -
	電子メールアドレス		
	勤務先		
	その他 ( )		
変更の理由			
変更年月日	年 月 日		

※氏名、住所等の変更の場合は、住民票を、勤務先の変更の場合は、在職証明書を添付し、提出してください。