

※修正した箇所は2本線で消して訂正印を押印してください  
(修正液等は使わないでください)

様式第1号の2 (第6条関係)

返還資金貸与申請書

静岡県立病院機構理事長 様

申請日 令和8年 5月 10日  
申請者 氏名 静岡 ふじ美 **静岡**

静岡県立病院機構での勤務を希望し、返還資金の貸与を申請する旨を記載した申請書を作成した日を記入  
自署、押印を忘れずに!

貸与を受けている機関名等	機関名	〇〇市立〇〇病院
	所在地	〒192-0312 東京都中野区山田2丁目12-10 (電話番号 03-3333-0000)
	勤務を希望していた病院名	同上 <b>貸与機関と病院名が異なる場合は記入してください</b>
	勤務を希望していた病院の所在地	〒 - (電話番号 - )
	貸与を受けた期間	平成・令和 7年4月から 平成・令和 8年3月まで (貸与月数 ㊦ 12月)
	貸与を受けた額	月額 70,000円 × ( ㊦ 12月) = (貸与総額 840,000円)
返還資金申請額	【貸与月額(5万円を上限とする) × 貸与月数㊦ = 返還資金申請額】 ( 50,000円) × ( 12月) = <b>600,000円</b>	

申請者に返還資金の返還義務が生じたときは、本人と連帯して債務を負担します。

令和 8年 5月 10日	令和 8年 5月 10日
連帯保証人氏名 静岡 良夫 <b>静岡</b>	連帯保証人氏名 駿河 太郎 <b>駿河</b>

(注意)

- 1 連帯保証人は、修学資金の連帯保証人と同一としてください。
- 2 連帯保証人の欄への記入は、必ず連帯保証人本人が自署、押印してください。  
(印は添付する印鑑証明書と同一のものとしてください。)
- 3 返還資金の対象となる機関は、貸与を受けている機関(勤務を希望していた病院)が静岡県内に所在するものを除きます。