

## 返還資金貸与申請書

申請日                      年    月    日

静岡県立病院機構理事長 様

申請者 氏名                      印

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します。

貸与を受けている機関名等	機関名	
	所在地	〒        — (電話番号        —        —        )
	勤務を希望していた病院名	
	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        年        月 から 平成・令和        年        月 まで (貸与月数 ⑦        月)
	貸与を受けた額	月額                      円 × (⑦                      月) = (貸与総額                      円)
返還資金申請額	<b>【貸与月額 (5万円を上限とする) × 貸与月数⑦ = 返還資金申請額】</b> (                      円) × (                      月) = <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 円	

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。

年    月    日	年    月    日
連帯保証人氏名                      印	連帯保証人氏名                      印

**(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。