

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	〒 ー (電話番号 ー ー)		
	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	〒 ー (電話番号 ー ー)		
	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		【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】 (円) × (月) = 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。