

※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 4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します。

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	
	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 ) = 600,000 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。

令和 8年 4月 10日

連帯保証人氏名

静岡 良夫

静岡

令和 8年 4月 10日

連帯保証人氏名

駿河 太郎

駿河

(注意)

- 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。
- 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。)
- 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。