

修学資金貸与申請書兼誓約書

申請日 年 月 日

静岡県立病院機構理事長 様

申請者 氏名 印

修学資金の貸与を受けたいので、次について誓約したうえで申請します。

- 1 貸与の決定を受けた場合は、静岡県立病院機構看護師修学資金貸与規程の規定を遵守することを誓約します。
- 2 修学資金に返還債務が生じたときは、返還期間内に誠意をもって返還することを誓約します。
- 3 静岡県立病院機構看護師修学資金返還明細書の計画に基づく返還を怠ったとき又は遅延したときは、当然に期限の利益を失い、返還金の全部又は一部について直ちに返還を命じられても異議はありません。
- 4 連帯保証人は、それぞれ返還債務を本人と連帯して負担します。
- 5 静岡県立病院機構からの修学資金の貸与が決定後、他機関から既に修学資金を貸与されていた場合は、速やかに他機関からの修学資金を返還することを誓います。
- 6 次のアからウのいずれかに該当していないことを誓約します。
 - ア 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでのア
 - イ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

申請者情報	ふりがな					(写真貼付欄)	
	氏名					縦4.5cm×横3.5cm	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)				1 正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが完全に識別できるもの	
	住所	〒 一				2 3か月以内に撮影したもの	
	電話番号(自宅・携帯)	— —		— —		3 しっかりのりづけのこと	
	メールアドレス	<u>honbu-soumu@shizuoka-pho.jp</u> 、 <u>honbu-keiei@</u> 以下同じ のメール受信ができること。					
	口座情報 (本人名義)	金融機関名 (普通口座のみ)	金融機関名		支店名		
入学年月	卒業年月	学校名・学部・学科 (高等学校入学から在学している養成施設入学まで)					
学歴	年 月 入学	年 月	卒業 見込 中退				
	年 月 入学	年 月	卒業 見込 中退				
貸与	貸与を受けようとする期間	年 月 から		年 月 まで		(計 月)	
	貸与を受けようとする金額	合計金額 円 (月5万×貸与を受けようとする期間(月))					
養成施設	現学年	年					
	所在地	〒 一 (電話番号 ー ー)					
	取得予定資格	看護師 ・ 助産師 ・ その他 ()					

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業又は勤務先	家族の住所	電話番号
看護師又は助産師を希望する理由						
<p>.....</p> <p>.....</p>						

※正規の修学期間で卒業見込みでない（留年等）の場合は、理由を別紙で提出してください。

※家族状況は二親等以内の親族を4人まで記入してください。

（他機関からの修学資金（奨学金）貸与の有無）

貸与を受けている、又は貸与を受ける予定の修学資金（奨学金）がある場合は記載してください。

なお、貸与を受けた機関に属する病院や企業等で勤務することが免除の条件となる修学資金（奨学金）の場合は備考欄に「○」を記載してください。

機関名	金額	貸与開始(予定)年月	備考※
		年 月から	
		年 月から	

※備考欄に○をつけた修学資金（奨学金）については、当機構の修学資金との併用はできませんので、既に貸与を受けている場合は、当機構の修学資金貸与決定後、当該修学資金（奨学金）の貸与を速やかに中止（返還）いただく必要があります。

【連帯保証人】申請者に修学資金の返還義務が生じたときは、本人と債務を連帯して負担します。

ふりがな			本人との 関係
氏名	印		
生年月日（西暦）	年 月 日生	職業又は勤務先	
住所	〒 一 (電話番号 ー ー)		
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額		円	
ふりがな			本人との 関係
氏名	印		
生年月日（西暦）	年 月 日生	職業又は勤務先	
住所	〒 一 (電話番号 ー ー)		
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額		円	

(注意) 1 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。)

2 連帯保証人は、必ず2人立ててください。

3 連帯保証人は、原則として独立した生計を営む成年者としてください。

4 申請者が未成年である場合は、連帯保証人のうち1人は法定代理人（保護者など）としてください。

5 連帯保証人の印鑑証明書（原本）を添付してください。