

平成29年度
大崎市民病院事業看護師等奨学金貸付制度の利用について

この制度は、大崎市民病院において看護師及び助産師として業務に従事しようとするものに対し、修学のための奨学金を貸付けることにより、大崎市民病院の看護師等の充足に資することを目的としています。貸付金の申請については次のとおりです。

1 対象者

- (1) 平成29年4月時点で看護師等養成施設に在学し、卒業後大崎市民病院で看護業務に従事していただける方
- (2) 健康かつ品行方正であって、学業成績が優秀な方

2 貸付額

月額50,000円（無利子）

3 新規貸付予定者

10名程度

4 貸付期間

養成施設に入学した月以降の貸付が決定された月から卒業する月までの期間

5 貸付方法

各年度2回に分けて貸付

〔原則第一期分（4月～9月）貸付決定後に貸付け、第二期分（10月～3月）は10月末日までに貸付け〕

6 選考方法

（適性試験・作文・面接）による審査

- ・選考日 平成29年5月13日（土）
- ・選考会場 大崎市民病院3階会議室（大崎市古川穂波三丁目8番1号）

※応募状況により変更となる場合もあります。変更となる場合は別途連絡します。

7 申込受付期間及び申請手続き

(1) 受付期間

- ・平成29年3月21日（火）から平成29年4月21日（金）まで
- ・持参の場合
午前8時30分から午後5時15分（ただし、土曜日・日曜日及び国民の祝日に関する法律に規定する休日は除きます。）
- ・郵送の場合
配達証明付き郵便により平成29年4月21日（金）の午後5時15分までに人事厚生課に届いたものが有効です。※消印有効ではありませんのでご注意願います。

(2) 申請書類

- ・大崎市病院事業看護師等奨学金貸付申請書（様式第1号）
- ・履歴書（様式第2号）
- ・家族状況調書（様式第3号）
- ・養成施設の長の推薦書（様式第4号）又は養成施設の在学証明書
- ・成績証明書（原本）
※在学期間の関係上、養成施設での記載が困難な場合は、その直近に在学していた学校の発行したものを添付ください。

8 連帯保証人について

申請には2名の連帯保証人が必要です。その要件は、

- ・独立した生計を営み、奨学金の償還が可能な資力を有する方
- ・償還が滞った際に、直ちに償還できる方
- ・申請者の配偶者でない方。または申請者と婚姻する予定の無い方
- ・2名の内
 - ① 原則父母（いない場合などは2親等以内の親族又は管理者が特に認めた者）
 - ② ①の方や申請者と同一の生計を営んで（同一の住所に住んで）いない方となっています。

9 貸付けの停止及び休止要件について

(1) 貸付休止

- ・休学した場合
「養成施設からの証明となる書類」を提出いただきます。

※その際の貸付休止期間は、その月の全日を休学した期間が対象となります。なお、既にその対象期間分を貸付けている場合は、次期貸付時に調整等をさせていただきます。

(2) 貸付停止

- ・退学又は停学した場合
- ・「1 対象者」の要件を欠いた場合
- ・貸付を辞退した場合
- ・その他貸付けの停止が適当と認められる場合

上記要件に応じて「養成施設からの証明となる書類」、「大崎市病院事業看護師等奨学金貸付辞退届（様式第9号）」をそれぞれ提出いただきます。

10 償還について

養成施設を卒業した翌月から起算して、貸付を受けた（貸付を休止した期間を除く）期間と同期間内に、全額償還いただきます。

※ただし、貸付けが停止された場合は、原則全額を直ちに償還いただきます。

その際、「借用証書（様式第10号）」「償還計画明細書（様式第11号）」を提出いただきます。

11 償還猶予について

下記に該当している間、償還を猶予することができます。

- (1) 大崎市民病院において助産師又は看護師として業務に従事している期間
 - (2) 心身の障害や災害その他やむを得ない事由により償還が困難と認められる期間
- その際、「償還計画明細書（様式第11号）」の代わりとして「償還猶予申請書（様式第12号）」を提出いただきます。なお、心身の障害により猶予申請する場合は、「その事実を証明する書類」も併せて提出いただきます。

12 償還免除について

下記に該当する場合、償還が免除されます。

- (1) 奨学金の貸付けが休止された期間を除く貸付期間の月数に1.5倍した月数を超えた期間、大崎市民病院において、助産師又は看護師として業務に従事した場合
- (2) 心身の故障、災害その他やむを得ない事由により奨学金を償還することができないと認められる場合

(3) 死亡した場合

上記(1)の要件を満たした際、又は上記(2)、(3)に該当した際に「大崎市病院事業看護師等奨学金償還免除申請書(様式第14号)」を提出いただきます。なお、心身の故障により免除申請する場合は、「その事実を証明する書類」も併せて提出いただきます。

※大崎市民病院で業務に従事している間に「育児休業期間」や「病気休暇として定められている期間を超えて休業した期間」によりその月の全日を勤務していない月がある場合は、その期間を除きます。

1.3 その他

- (1) 奨学金貸付対象者となった場合、毎年度、本院での面談があります。
- (2) 奨学金の決定は、奨学金貸付に対するものであり、当院への採用を約束するものではありません。

1.4 申請書類送付先・お問い合わせ

〒989-6183 宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号

大崎市民病院 病院経営管理部 人事厚生課

電話 0229-23-3311 (内線3602) FAX 0229-23-5308

Email: jinji@h-osaki.jp ホームページ: <http://www.h-osaki.jp>

様式第1号（第2条関係）

大崎市病院事業看護師等奨学金貸付申請書

大崎市病院事業管理者 様

平成 年 月 日

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____

親権者（申請者が未成年の場合）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

申請者との続柄（ ）

奨学金の貸付けについて、下記のとおり申請します。

記

1 在学する養成施設

名 称 _____

所 在 地 _____

課 程 _____ 学 年 _____

入学年月日 _____ 卒業予定年月日 _____

2 貸付申請金額 円（月額 50,000 円× か月）

3 貸付申請期間 年 月分から 年 月分まで（ か月分）

様式第2号（第2条関係）

履 歴 書

平成 年 月 日現在

| | | | |
|--------|----------------------|------|--------------------------------|
| ふりがな | | | 写真貼付 縦4cm×横3cm (裏面に氏名記入) |
| 氏名 | | | |
| | 年 月 日生 (満 才) | 男・女 | |
| ふりがな | | | |
| 住所 | 〒 (-) | | |
| TEL | (自宅) | (携帯) | |
| E-mail | | | |
| ふりがな | | | TEL |
| 連絡先 | 〒 (-) | | |
| | ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 | | |

| 年 | 月 | 学歴（中学校以上）・職歴など（項目別にまとめて書くこと） |
|---|---|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

記入上の注意

- 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入すること。
- 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。

様式第4号（第2条関係）

推 薦 書

平成 年 月 日

大崎市病院事業管理者 様

本 籍

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日 生

入学年月 平成 年 月

卒業予定年月 平成 年 月

在学年 第 学年

推薦順位 第 位

※2人以上の推薦の場合は、推薦順位を記載して下さい。

上記の者は、大崎市病院事業看護師等奨学金貸付条例に基づく奨学金の貸付を受ける者として適当と認められるので推薦します。

なお、上記の者が奨学生として決定された後、大崎市病院事業看護師等奨学金貸付条例第8条第1号又は第2号のいずれかに該当するときは、遅滞なく、その旨を届け出ることをご確認いたします。

養成施設名

施設長氏名

印