

修学資金貸付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

				※ 修学生番号				貸付開始月	
養成施設の 名称				—					月
フリガナ				生年月日	年 月 日 歳				
氏名									
入学年月	年 月	在学年	第 学年	前修学生 番号			—		

神奈川県看護師等修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり申請します。

修学資金 の種類	一般修学資金 特例貸付修学資金（初回加算金を 希望する・希望しない） 保健師修学資金								
住所	〒								
自宅の電話 番号	() —			昼間の連絡先 (携帯電話等)	() —				
履 歴 (中学校、 義務教、 育後又 学校の 課程等 は中等 学校か しき入 記入さ す。)	年 年		月から 月						
	年 年		月から 月						
	年 年		月から 月						
	年 年		月から 月						
健康状況	現在の状況	良い 普通 悪い（具体的な状況：)							
卒業（修 了）後の就 業希望先	第1希望				第2希望				
家 族 の 状 況									
住所	〒								
電話番号	() —								
続き柄	氏	名	年 齢	/					
			歳						
			歳						
			歳						
			歳						
備考									

備考 ※印の欄には記入しないでください。

(裏)

連 帯 保 証 人		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生 歳	年 月 日生 歳
本人との関係		
住 所	〒	〒
電 話 番 号	() —	() —
勤 務 先 等	名 称	
	電 話 番 号	() —
年 収 (税込み額)	円	円

備考 連帯保証人が法人の場合は、氏名の欄に名称及び代表者の氏名を、住所の欄及び電話番号の欄に主たる事務所の所在地及び電話番号を記入してください。生年月日の欄、勤務先等の欄及び年収の欄の記入は必要ありません。

第 2 号様式（第 2 条関係）（表）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

推 薦 状

養成施設の名称					在 学 年	第	学 年
氏 名				席 次	人 中	位	推薦 順位
学 科 の 成 績							
科 目	第 1 学 年 又 は 入 学 時	第 2 学 年	科 目	第 1 学 年 又 は 入 学 時	第 2 学 年		
			合 計 点 数				
			平 均 点 数				
臨 床 実 習 の 評 価							
行 動 の 記 録							
自 主 性		判 断 の 傾 向	公 正 さ				
正 義 感			慎 重 さ				
責 任 感			合 理 性				
根 気 強 さ			客 観 性				
健 康 安 全 の 習 慣		情 緒 の 傾 向	情 緒 の 安 定				
礼 儀			審 美 感				
協 調 性			明 朗 性				
指 導 性		趣 味 、 特 技					
公 共 心							

(裏)

人 物 の 総 評

推薦の参考事項（家庭、連帯保証人等に関する所見）
上記のとおり借受生として適格であると認め、推薦します。
年 月 日
神奈川県知事殿
推薦者

誓 約 書

年 月 日

神奈川県知事殿

私は、神奈川県看護師等修学資金貸付条例第3条の規定により貸付けが決定された次の修学資金について、借受生として、同条例及び神奈川県看護師等修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

修学資金（月額） _____ 円

修学資金の種類 _____

借受予定期間 年 月から 年 月まで

住 所

氏 名 ④

（借受生が未成年者である場合）

住 所

親権者等氏名 ④

私どもは、上記借受生の連帯保証人として、借受生に誓約どおり履行させるとともに、借受生の債務を連帯して負担することを誓約します。

連帯保証人 住 所

借受生との関係

氏 名 ④

年 月 日生

連帯保証人 住 所

借受生との関係

氏 名 ④

年 月 日生

修学資金受領書

年 月 日

神奈川県知事殿

修 学 生 番 号		—					
養 成 施 設 の 名 称							第 学 年
フ リ ガ ナ 氏 名							

次のとおり受領しました。

受領年月日		年		月		日
金額	十 万	万	千	百	十	円

ただし、一般・特例貸付・保健師修学資金 年 月から 月まで か月分

収入印紙
貼付け欄

修学資金借用証書

年 月 日

神奈川県知事殿

修学生番号	—											
住所	〒											
フリガナ											生年月日	年 月 日 歳
氏名	印										生年月日	年 月 日 歳
自宅の電話番号	() —				昼間の連絡先 (携帯電話等)				() —			
メールアドレス												
養成施設の名称							学科名					

私は、借受生として、次のとおり修学資金の貸付けを受けました。この修学資金は、神奈川県看護師等修学資金貸付条例及び神奈川県看護師等修学資金貸付条例施行規則の規定に従い、修学資金返還明細書のとおり返還します。

修学資金の種類		月額 A	円
借用金額 $A \times B + C$	円	借用月数 B	か月
借用期間	年 月から 年 月まで	初回加算金 C	円

連 帯 保 証 人			
氏名	印		印
生年月日	年 月 日生 歳		年 月 日生 歳
本人との関係			
住所	〒		〒
電話番号	() —		() —

私どもは、上記借受生の連帯保証人として、同人に誓約どおり履行させるとともに、借受生の債務を連帯して負担します。

修学資金返還明細書

年 月 日

神奈川県知事殿

修学生番号											
フリガナ											
住所	〒										
フリガナ											
氏名						生年月日	年 月 日 歳				
自宅の電話番号	() —					昼間の連絡先 (携帯電話等)	() —				
養成施設の名称						年 月卒業(修了) ・卒業(修了)予定					
借受け期間	年 月から 年 月まで					月 A 額	円				
修学資金の種類						借受け月数 B	か月				
借受け金額 A × B + C	円					初回加算金 C	円				
提出理由	卒業(修了) 廃止(退学・辞退・その他)										
理由発生日 年 月 日	年 月 日										
返還総額	円					返還方法	1 月賦 2 4分の1年賦 3 半年賦 4 一時				
1 回の返還額	1回目 2回目～ 円					返還期間	年	月	から	回数	回
卒業(修了)又は退学後の就業先又は進学先	所在地										
	名称										
	電話番号	内線 ()									
連帯保証人関係事項											
氏名											
生年月日	年 月 日生 歳					年 月 日生 歳					
本人との関係											
住所	〒					〒					
電話番号	() —					() —					
勤務先	名称										
	電話番号	() —					() —				
備考						※ 就業期間	年 月～ 年 月 年 か月				
						※ 返還免除額	× = 円				

備考1 連帯保証人が法人の場合は、氏名の欄に名称及び代表者の氏名を、住所の欄及び電話番号の欄に主たる事務所の所在地及び電話番号を記入してください。生年月日の欄及び勤務先等の欄の記入は必要ありません。

2 ※印の欄には記入しないでください。

修学資金返還免除申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

修学番号				—			
住所	〒						
フリガナ						生年日	年 月 日 歳
氏名							
自宅の電話番号	() —			昼間の連絡先 (携帯電話等)	() —		

神奈川県看護師等修学資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

修学資金の種類	一般修学資金		特例貸付修学資金			保健師修学資金		
所有免許	種類		登録年月日	年 月 日	番号	第 号		
借受生時の養成施設の名称				借受け金額				円
借受け期間	年 月から 年 月まで			既返還額				円
	休学等による貸付休止期間 有・無			既免除額				円
返還猶予期間	年 月から 年 月まで			返還未済額				円
返還猶予期間内の県内就業期間	計 年 か月			返還免除申請額				円
				返還する額				円
申請理由	1 県内で看護職員の業務に従事 3 心身の障害（業務上・業務外）			2 死亡（業務上・業務外） 4 その他（ ）				
理由発生日	年 月 日							
現在の就業先又は 在学先	所在地							
	名称							
	電話番号	()			内線 ()			
卒業の業 状(修了)後 況	期 間			就 業 先 ・ 進 学 先 等				
	年 月 月 月	から まで・現在		年 月				
	年 月 月 月	から まで・現在		年 月				
	年 月 月 月	から まで・現在		年 月				
備考						※就業月数		か月

備考 ※印の欄には記入しないでください。

修学資金返還猶予申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

修学番号					
フリガナ					
住所	〒				
フリガナ				生年月日	年 月 日 歳
氏名					
自宅の電話番号	() —		昼間の連絡先 (携帯電話等)	() —	

神奈川県看護師等修学資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

修学資金の種類	一般修学資金		特例貸付修学資金			保健師修学資金	
所有免許	種類		登録年月日	年 月 日	番号	第	号
借受生時の養成施設の名称				借受け金額	円		
				既返還額	円		
				既免除額	円		
借受け期間	年 月から 年 月まで		返還猶予申請	円			
	休学等による貸付休止期間 有 ・ 無						
返還猶予申請期間	年 月から 年 月まで		年 か月				
申請理由	1 県内で看護職員の業務に従事 2 進学 3 被災 4 心身の障害 5 その他 ()						
理由発生日	年 月 日						
現在の就業先又は 在学先	所在地						
	名称						
	電話番号	()			内線 ()		
卒業 (修了)後の 状況	期 間		就 業 先 ・ 進 学 先 等				
	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月			
	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月			
	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月	年 月 月 月			
備考							

第9号様式（第17条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

業 務 従 事 届

年 月 日

神奈川県知事殿

住 所 〒

氏 名 (旧姓)

生年月日 年 月 日生

修学生番号 ー

養成施設名

卒業(修了)年 年 月卒業(修了)

次のとおり看護職員の業務に従事したので届け出ます。

1 業務従事先 所在地

施設名

2 業務従事開始年月日

年 月 日

3 免 許 保健師・助産師・看護師

免許番号 第 号

登録年月日 年 月 日

上記のとおり従事していることを証明します。

年 月 日

(業務従事先の施設の長) 印

業 務 従 事 先 変 更 等 届

年 月 日

神奈川県知事殿

住 所 〒

氏 名

電 話 番 号 () ー

生 年 月 日 年 月 日生

修 学 生 番 号 ー

養 成 施 設 名

卒 業 (修了) 年 年 月 卒 業 (修了)

次のとおり看護職員の業務従事先を変更（業務を廃止）したので、届け出ます。

旧業務従事先	所在地	
	名称	
	業務の種類	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師
	退職（廃止） 年 月 日	
新業務従事先	所在地	
	名称	
	業務の種類	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師
	就業開始年月日	