様式第１号（第６条関係）

看護師等奨学資金貸与申請書

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

氏名　　㊞
連帯保証人氏名　　㊞
連帯保証人氏名　　㊞

下記のとおり看護師等奨学資金の貸与を受けたいので臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程第６条の規定により申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="6">本人</td><td>本　籍
(都道府県名)</td><td colspan="2"></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－</td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">入学(予定)
養成施設</td><td rowspan="2">所在地</td><td>〒
TEL（　　）　　－</td><td>現在学年</td><td>学年</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入学（予定）
年月日</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>卒業見込
年月</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望貸与期間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">卒業後の就職意思</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">連帯保証人</td><td>本　籍
(都道府県名)</td><td></td><td>本人との
続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td>〒
TEL（　　）　　－</td><td>職　業</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>本　籍
(都道府県名)</td><td></td><td>本人との
続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td>〒
TEL（　　）　　－</td><td>職　業</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（注）　連帯保証人の印については、印鑑登録証明書を添付のうえ、印鑑登録しているものを押印すること。

様式第2号（第8条関係）　　平成　　年　　月　　日

殿

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与決定通知書

臼杵市医師会立コスモス病院
院長　　下田　勝広

標記については、下記のとおり決定いたしましたのでお知らせいたします。

記

1.奨学資金貸与決定者

住所

氏名

2.貸与金額

月　額　　円

3.貸与期間

平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

貸与内容を確認のうえ、誓約書を　　月　　日までに管理者に提出してください。

様式第３号（第８条関係）

誓　約　書

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

住所

氏名　　㊞

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程に基づく　　年度奨学生として、奨学金の貸与を受けることになりました。

ついては、同規程及び御指示の事項を堅く守ります。

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人として臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程に基づく一切の責任を負います。

様式第４号（第１３条関係）

看護師等奨学資金返還明細書

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

決定番号　　第　　号

住所

氏名　　㊞

下記のとおり、奨学資金を返還します。

記

１　奨学資金　　総額　　円

２　返還額　　円

３　借用期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

４　返還理由　（１）他病院就職

（２）返還免除期限前退職

勤務期間	年　月　日から　　年　月　日まで

（３）養成施設退学

（４）その他　（　　）

５　返還方法　（１）一括払い

返還期日	年　　月　　日

（２）月賦

返還期間	年　月　日から　年　月　日まで
第１回返還日	年　月　日
毎月返還日	日
最終返還日	年　月　日

様式第５号（第１４条関係）

看護師等奨学資金返還猶予申請書

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

決定番号　　第　　号
住所
氏名　　㊞

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金の返還の猶予を下記のとおり申請します。

本人氏名	
本人住所	
猶予を受けようとする期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
猶予申請理由	１　臼杵市医師会立コスモス病院で勤務するため。 ２　他の養成施設において修学するため。 養成施設名 所在地　〒 TEL（　　）　　－ ３　その他

（注）　申請理由を証する書類等を添付すること。（猶予申請理由１を除く。）

様式第6号（第14条関係）

平成　　年　　月　　日

殿

臼杵市医師会立コスモス病院
管 理 者

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金返還猶予決定通知書

標記については、下記のとおり返還の猶予を決定しましたのでおしらせ致します。

記

1.奨学資金返還猶決定者

住所
氏名

2.返還猶予理由

3.猶予前貸与額

円

4.猶予期間

平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

以上

返還猶予期間を過ぎる場合は、再度、事前に看護師等奨学金返還猶予申請書を提出すること。

様式第７号（第１５条関係）

看護師等奨学資金返還免除申請書

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

奨学生　住所

氏名　　㊞

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金の返還の免除を下記のとおり申請します。

決定番号	第　　号
免除申請額	円
貸与期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
免除申請理由	１　貸与を受けた期間に相当する期間を臼杵市医師会立コスモス病院で看護師等の業務に従事したため。 ２　その他

（注）　申請理由を証する書類等を添付すること。（免除申請理由１を除く。）

様式第8号（第15条関係）　　平成　　年　　月　　日

殿

臼杵市医師会立コスモス病院
管 理 者

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金返還免除決定通知書

標記については、下記のとおり返還の免除を決定しましたのでおしらせ致します。

記

1.奨学資金返還免除決定者
　　住所
　　氏名

2.返還免除理由

3.猶予免除貸与額
　　＿＿＿＿＿＿＿＿円

4.貸与期間
　　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

以上

返還猶予期間を過ぎる場合は、再度、事前に看護師等奨学金返還猶予申請書を提出すること。

様式第９号（第１８条関係）

看護師等奨学資金辞退届

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

決定番号　　第　　号
住所
氏名　　㊞

下記により（休学、停学、退学、奨学資金辞退）しますので、臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程第１８条の規定により届け出ます。

記

１　期日又は期間
２　理由
３　貸与を受けた額　　円

備考

様式第１０号（第１９条関係）

届出事項変更届

年　　月　　日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者　　様

決定番号　　第　　号
住所
氏名　　㊞

下記のとおり届け出ます。

記

異動年月日		年　　月　　日
異動理由		
1　住所 2　氏名 3　連絡先	新	
	旧	
4　振込口座		金融機関名 本支店名 普通・当座 口座番号
5　休学したのち、復学したとき		
6　停学の処分を受け、当該処分が解かれたとき		
7　その他（　　）		