

大西脳神経外科病院 奨学貸付金制度 提出書類 一式

1. 大西脳神経外科病院奨学貸付金制度(薬剤師)の概要
2. 奨学金希望学生推薦状
3. 大西脳神経外科病院、奨学貸付金申請書
4. 誓 約 書
5. 連帯保証書
6. 奨学貸付金銀行振込み申請書
7. 履歴書(写真添付)

〒674-0064 明石市大久保町江井島1661-1
医療法人社団 英明会
大西脳神経外科病院
事務部長 藤井 健 事務部参与 森脇 士郎
電話:078-938-0867 FAX:078-938-0538

大西脳神経外科病院 奨学貸付金制度の概要

〒674-0064 明石市大久保町江井島1661-1
 医療法人社団 英明会
 大西脳神経外科病院
 事務部長 藤井 健
 電話:078-938-0867 FAX:078-938-0538

1. 目的:大学の薬学部生の経済的負担を軽減し勉学に専念していただき、わが国の薬剤師制度強化の一助となるべく創設しました。
2. 対象者:大学(薬学部)に在学している学生
3. 必要書類:必要書類を提出して申請する。(申請締切日:毎月5日)
4. 貸付金額:月額一律50,000円とする。
5. 貸付金の返済免除
 薬剤師免許取得後に当院で就職した場合には勤務期間に応じて返済を免除致します。

薬学部生 奨学貸付金制度 (単位:円/月、円、%)

コース	奨学金		返済免除率と勤務年数							
			中退 不合格(注)	卒業-合格-4月より当院での継続勤務年数						6年以上
				1年未満	1年以上	2年以上	3年以上	4年以上	5年以上	
5年超6年以内	50,000	3,600,000	無し	無し	16%	33%	50%	66%	83%	100%
4年超5年以内	50,000	3,000,000	無し	無し	20%	40%	60%	80%	100%	
3年超4年以内	50,000	2,400,000	無し	無し	25%	50%	75%	100%		
2年超3年以内	50,000	1,800,000	無し	無し	33%	66%	100%	—		
1年超2年以内	50,000	1,200,000	無し	無し	50%	100%	—	—		
1年以内	50,000	600,000	無し	無し	100%	—	—	—		

注:1回の不合格で直ちに返済をもとめることはなく、翌年の国家試験まで猶予する。

以上

大西脳神経外科病院奨学貸与金申請書

受理 決裁	院長	事務部長	薬剤部長
	受理月日	年 月 日	
	決裁月日	年 月 日	

申請者 記入欄	作成日	年 月 日		
	申請者	氏名:	⑩	
		住所:	〒	
		電話番号:		
		携帯番号:		
学校名		年生		

1. 目的:薬学部の大学の学生の経済的負担を軽減し勉学に専念していただき、わが国の薬剤制度強化の一助となるべく新設しました。
2. 対象者:大学の薬剤部に在学している学生
3. 必要書類:本申請書に下記の必要書類を添付して総務課に申請する。(申請締切日:毎月5日)
 - ①大学発行の在学証明書またはこれに代わる証明書。(初回申請時または毎年4月)
 - ②大学の推薦状 ③誓約書
 - ④連帯保証書:生計の異なる2名の連帯保証人の連帯保証書。(別紙用紙に記入)
 - ・連帯保証人の印鑑証明書を添付の上実印を押印する。
 - ・生計の異なる両親の場合は、いずれか1名のみ保証人となることできる。
 - ・親、兄弟、伯父、伯母、等の親戚等で世帯を独立して生計を営んでいる人。
 - ・兄弟は職業を有した社会人であること。(同居・別居は問わないが学生は不可)
 - ・学校の先生・友人および同年代の友人は不可。
 - ⑤大学発行の学費の領収書または支払を証明するもの。(1年もしくは半期分)

4. 貸付
 - ①貸付金額は月額一律50,000円とする。(最大限度額3,600,000円)
 - ②大学の学費を支払った領収書もしくは支払いの証明書の記載の該当月の翌月に貸し付ける。
一括払いの場合は対象期間開始月の翌月から終了月の翌月まで貸し付ける。

5. 貸付金の返済及び返済免除
 - ①大学を中退した時、また薬剤師免許取得後に当院以外の病院で就職した場合には貸付金全額を1ヶ月以内に返済する。
また、留年あるいは国家試験不合格の場合は、できるだけ早くその事実を病院に伝え、貸付の継続あるいは返済猶予を願い出るものとする。
 - ②免許取得(卒業)年の4月より当院で連続して勤務した場合には、勤務年数に応じて返済を免除する。

薬学部生 奨学貸付金制度 (単位:円/月、円、%)

コース	奨学金		返済免除率と勤務年数								
			中退 不合格(注)	卒業-合格-4月より当院での継続勤務年数							
	月額	累計金額 (最大)		1年未満	1年以上	2年以上	3年以上	4年以上	5年以上	6年以上	
5年超6年以内	50,000	3,600,000	無し	無し	16%	33%	50%	66%	83%	100%	
4年超5年以内	50,000	3,000,000	無し	無し	20%	40%	60%	80%	100%		
3年超4年以内	50,000	2,400,000	無し	無し	25%	50%	75%	100%			
2年超3年以内	50,000	1,800,000	無し	無し	33%	66%	100%	—			
1年超2年以内	50,000	1,200,000	無し	無し	50%	100%	—	—			
1年以内	50,000	600,000	無し	無し	100%	—	—	—			

注:1回の不合格で直ちに返済をもとめることはなく、翌年の国家試験まで猶予する。

6. 施行:2019年1月1日より

以 上

奨学金希望学生推薦状

医療法人社団 英明会
大西脳神経外科病院
理事長 大西英之 様

貴院の奨学金制度に基づき当薬剤部の学生が
奨学金を希望しております。

つきましては、下記の学生を推薦致します。

推薦学生 住所

氏名

年 月 日

推薦学校 住所

学校名

代表者

誓 約 書

医療法人社団 英明会

大西脳神経外科病院

理事長 大西英之 殿

私(学生) は大西脳神経外科病院の奨学貸付金制度の趣旨に賛同し、
大学校での勉学に励み薬剤師免許を取得した後は貴院から要請された年限以上働く
ことを誓います。

尚、私が薬剤師の資格を得て直ちに貴院で定められた期間以上勤務する場合には、貴院の
規定に従って奨学貸入金の返済免除をお願い致します。

また保護者は、本人が中退あるいは薬剤師免許取得後貴院に就職しなかった場合は、その
事実より1ヶ月以内に奨学借入金全額を返済することを約束します。

また、留年あるいは薬剤師の国家試験に合格しなかった場合は、できるだけ早くその事実を
病院に報告し、奨学金貸付の継続または返済猶予をお願いに参ります。

氏名の変更、転居の場合、若しくは私の身分に重要な変更があった場合には直ちにその旨お届け
いたします。

年 月 日

(ふりがな)

借受人(学生)氏名: (印)

(ふりがな)

保護者氏名: 実印印鑑証明書添付

借受人(学生)との関係:

生年月日:(大・昭・平) 年 月 日

現住所(印鑑登録と同じ): 〒 ー

自宅電話番号:

自営又は勤務先名:

勤務先電話番号:

連帯保証書

医療法人社団 英明会
大西脳神経外科病院
理事長 大西英之 殿

上記の奨学金借受人が貴院の奨学金貸付申請書に基づき大学校の奨学金を借り受けるに当り、私が連帯保証人となります。

借受人が大学校を中退・留年あるいは薬剤師免許試験不合格となった場合及び薬剤師免許取得後貴院に就職しなかった場合にはその事実より1カ月以内に保護者に返済させます。万一保護者が支払えない時には、私が連帯保証人として指定の期日までに支払い貴院に一切ご迷惑をおかけ致しません。

氏名の変更、転居の場合、若しくは私の身分に重要な変更があった場合には直ちにその旨お届けいたします。 以上、よろしく願いいたします。

連 帯 保 証 人

年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

実印

印鑑証明添付

借受人(学生)との関係:

生年月日:(大・昭・平) 年 月 日

現住所(印鑑登録と同じ): 〒 ー

自宅電話番号:

自営又は勤務先:

勤務先電話番号:

医療法人社団 英明会
大西脳神経外科病院殿

奨学貸付金銀行振込み申請書

奨学貸付金を下記の銀行に振込みをお願い致します。

1. 銀行名: (銀行コード)
2. 支店名: ^{フリガナ} (支店コード)
3. 口座種類(○をつける): ・ 普通 ・ 当座

フリガナ

4. 口座名義:
5. 口座番号:

提出先 〒674-0064 明石市大久保町江井島1661-1
医療法人社団 英明会
大西脳神経外科病院
事務部長 藤井 健
電話:078-938-0867 FAX:078-938-0538