

別記

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

宮崎県知事 殿

年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者認定申請書

支援対象者の認定を受けたいので、宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

申請者	住所	〒			
	氏名	ふりがな			
	生年月日	年 月 日			
	電話番号	自宅		携帯	
	メールアドレス				
修学先 <small>※既卒者は奨学金貸与を受けていた時点の修学先</small>	名称				
	学部・学科名		学年		
	卒業(予定)年月	年 月卒業(予定)			
奨学金の状況	名称	①		②	
	区分	無利子・有利子		無利子・有利子	
	金額	円/月 (総額 円)		円/月 (総額 円)	
	借受期間	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	
	返還計画	返還回数 回(年 回) 毎回の返還額 円 <small>(毎回の返還額が一定でないときは年額を記載)</small> 最終期限 年 月		返還回数 回(年 回) 毎回の返還額 円 <small>(毎回の返還額が一定でないときは年額を記載)</small> 最終期限 年 月	
内定等	内定等の状況	<input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	就職予定先	名称 所在地			
	就職予定日	年 月 日			

○ 申請の理由

<p>(宮崎県での就職を希望する理由など)</p>	
<p>支 援 要 件</p> <p>※ 右に記載の内容を全て満たす必要があります。該当するものに☑を記入してください。</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 対象となる施設に就職した日から、起算して3年以上勤務する見込みです。<input type="checkbox"/> 支援を受けるためには、対象施設が実施する育成プログラムを満了することが必要であることを理解しています。<input type="checkbox"/> 現在、宮崎県内で薬剤師として従事していません。<input type="checkbox"/> (奨学金返還が開始している場合のみ) 滞納なく奨学金の返還を行っています。<input type="checkbox"/> 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員には該当しません。<input type="checkbox"/> 県税の未納はありません。<input type="checkbox"/> 支援対象者の認定を受けた場合、県からの支援金交付対象期間終了後も、県が実施する就業状況調査に協力します。

(注1) 複数の奨学金を借受している場合はすべて記載してください。

添付書類：対象施設の推薦書(様式第2号)、奨学金貸与証明書(又はこれに準ずるもの)、卒業見込証明書(既卒者は大学の卒業証明書)、薬剤師免許証の写し(保有者のみ)