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 | 〒 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 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  ※既卒者は奨学  金貸与を受け  ていた時点の  修学先 | 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 |  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| 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  （毎回の返還額が一定でないときは年額を記載）  最終期限　　　　年　　月 | | | 返還回数　　回（年　回）  毎回の返還額　　　　　円  （毎回の返還額が一定でないときは年額を記載）  最終期限　　　　年　　月 | | | |
| 内 定 等 | 内定等の状況 | □ 内定　　　　□ その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 就職予定先 | 名　称  所在地 | | | | | | |
| 就職予定日 | 年　　月　　日 | | | | | | |

〇　申請の理由

|  |  |
| --- | --- |
| （宮崎県での就職を希望する理由など） | |
| 支 援 要 件  ※　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。 | □　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。  □　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。  □　現在、宮崎県内で薬剤師として従事していません。  □　（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。  □　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。  □　県税の未納はありません。  □　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）