

様式第 1 号

関西労災病院看護師等奨学金貸与申請書

		貸与 番号	※																							
(申請人欄) 私は、貴労災病院の看護師等奨学金を貸与くださるよう誓約書を添えて申請します。奨学金を貸与された上は、卒業または中途退学の際に貸与された奨学金を返還いたします。 記 <table border="1"><tr><td rowspan="5">(1) 申請人の</td><td>(氏 名)</td><td rowspan="5">(2) 申請人の 在学する 養成機関</td><td>(名 称)</td></tr><tr><td>(生 年 月 日)</td><td></td></tr><tr><td>(年 齢 歳)</td><td></td></tr><tr><td>(現 住 所)</td><td>(所在地)</td></tr><tr><td>(2)の養成機関への入学年月) 年 月</td><td>(種 別)</td></tr><tr><td></td><td>(2)の養成機関を卒業する年月) 年 月</td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1"><tr><td rowspan="2">(3) 申請事項</td><td>〔貸与希望〕 金 額</td><td>月 額</td><td>円</td></tr><tr><td>〔貸与希望〕 期 間</td><td>年 月 日から</td><td>年 月 日まで</td></tr></table> 年 月 日 (申請人氏名) _____ 関西労災病院長 殿				(1) 申請人の	(氏 名)	(2) 申請人の 在学する 養成機関	(名 称)	(生 年 月 日)		(年 齢 歳)		(現 住 所)	(所在地)	(2)の養成機関への入学年月) 年 月	(種 別)		(2)の養成機関を卒業する年月) 年 月			(3) 申請事項	〔貸与希望〕 金 額	月 額	円	〔貸与希望〕 期 間	年 月 日から	年 月 日まで
(1) 申請人の	(氏 名)	(2) 申請人の 在学する 養成機関	(名 称)																							
	(生 年 月 日)																									
	(年 齢 歳)																									
	(現 住 所)		(所在地)																							
	(2)の養成機関への入学年月) 年 月		(種 別)																							
	(2)の養成機関を卒業する年月) 年 月																									
(3) 申請事項	〔貸与希望〕 金 額	月 額	円																							
	〔貸与希望〕 期 間	年 月 日から	年 月 日まで																							
※ 記載時、上記申請人が18歳未満の場合、親権者にあたる方が記載してください。 上記申請人 (氏名 _____) の親権者である私は、上記申請人が労災病院から看護学生奨学金 (内容は上記のとおり) の貸与を受けることに同意いたします。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ 申請人との関係 _____ 関西労災病院長 殿																										
(連帯保証人欄) 私は、上記申請人 _____ が奨学金を貸与されることになりましたうえは、上記申請人が労災病院に対して負担する上記内容の奨学金返還債務 (遅延損害金発生時はその支払債務を含む。) について連帯保証し、上記申請人本人と連帯して履行の責を負います。 年 月 日 住 所 _____ 電話番号 _____ 申請人との関係 _____ 氏 名 _____ 関西労災病院長 殿																										

<備考>

- 1 連帯保証人は、独立の生計を営む成人とすること。申請人が未成年者であるときは、親権者たる父母又は後見人とすること。
- 2 氏名欄は、必ず本人が自署してください。
- 3 本様式に記載された個人情報は当該奨学金貸与手続きにおいてのみ用いられます。また、取得した個人情報は独立行政法人労働者健康安全機構の個人情報保護規程に基づいて管理されます。

様式第2号

誓約書（奨学金貸与用）

関西労災病院長 殿

年 月 日

氏 名 印

私、_____は奨学金を貸与されました上は、
専心勉学に努めますとともに、卒業後看護師免許を取得し、関西労
災病院に勤務する意思を有することを表明いたします。

様式第3号

確 認 書

関西労災病院長 殿

年 月 日

貸与者氏名
学校・養成所名

下記内容を熟読し、下記内容に同意する場合は各空欄にそれぞれ押印してください。

	卒業時には看護職員の免許を取得できるよう、努めます。
--	----------------------------

	免許取得後は直ちに、関西労災病院において勤務します。
--	----------------------------

	返還の必要が生じたときには、期限までに遅滞なく返還します。
--	-------------------------------

	住所変更など、書類提出の必要が生じたときには、直ちに提出します。
--	----------------------------------

様式第 4 号

関西労災病院看護師等奨学金返還猶予申請書

年 月 日

関西労災病院長 殿

〒
住所
氏名
TEL



下記のとおり、関西労災病院看護師等奨学金貸与規程により
貸与を受けた奨学金の返還の猶予を受けたいので、申請します。

記

- 1 貸与番号
- 2 学校名
- 3 貸与を受けた奨学金の額
円
- 4 猶予を受けようとする期間
年 月 日から 年 月 日まで
- 5 猶予を受けようとする金額
円
- 6 理由（当該理由を証明する書類を添付すること。）

様式第 5 号

関西労災病院看護師等奨学金返還明細書

年 月 日

関西労災病院長 殿

〒

住所

氏名



T E L

貸与番号

学校名

関西労災病院看護師等奨学金貸与の規程により、貸与を受けた奨学金を下記のとおり返還します。

記

返還金額 総額 円

返還方法 ☐一括

☐月賦

返還理由 ☐辞退

☐退学

☐看護職員の業務に従事しなかった。

☐看護職員の業務に従事しなくなった。

従事期間 年 月 日から

年 月 日まで

☐その他（具体的に記入すること。）

様式第 6 号

異 動 届
(住所・氏名・連帯保証人 変更届)

関西労災病院長 殿

〒
住所
氏名 印
貸与番号
学校名

私は、下記の事項に異動がありましたので届出いたします。
記

事 由	新		旧
ふりがな 氏 名	(本人との関係)	印	
住 所	〒 TEL ()		〒
勤 務 先	TEL ()		
変更理由			

(注) 必要事項だけ記入すること。

(様式第7号)

履 歴 書

令和 年 月 日 現在

ふりがな			男・女
氏 名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	
ふりがな			
現 住 所	〒□□□-□□□□ TEL: 携帯: □□□□-□□□□		
緊急時の 連 絡 先	住 所	〒□□□-□□□□	
	氏 名		本人との 関 係

の り
写 真
無帽、上半身 (3ヶ月以内に撮影のもの)
4 × 5cm

(注) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。

学 歴	就 学 期 間	学校・学部・学科名
	年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込・中退
	年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込・中退
	年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込・中退
	年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込・中退
	年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込・中退

職 歴	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	

(職歴には、いわゆるアルバイトは含まない。)

(注) 1. ※の欄は記入しないこと。 2. 該当事項を○印で囲むこと。

賞 罰 等	
-------------	--

免許・検定・資格等	取得年月日	免許・検定・資格の内容
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

得意学科・科目・特殊技能
趣 味
クラブ活動・スポーツ・文化活動等
健康状況、既往症
自覚している性格
志願の動機

家 族	氏 名	続柄	性別	年令	氏 名	続柄	性別	年令
			男・女				男・女	
			男・女				男・女	
			男・女				男・女	
			男・女				男・女	
			男・女				男・女	

(注) 左欄の上から下へ順に記入すること。