

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

申請者 氏 名 ⑩

(本人)

修 学 資 金 貸 与 申 請 書

修学資金の貸与を受けたいので、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与要領第3条の規定により必要書類を添えて申請します。

|                       |                 |                                                              |           |         |
|-----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| 本<br>人                | ふりがな            |                                                              | 養成<br>施設名 | 学 科     |
|                       | 氏 名             |                                                              |           |         |
|                       | 生年月日及び年齢        | 年 月 日 (満 歳)                                                  |           | 学 年 在 学 |
|                       | 現住所及び<br>電話番号   | 〒 ( ) -                                                      |           |         |
|                       | 帰省先住所及び<br>電話番号 | 〒 ( ) -                                                      |           |         |
|                       | 貸与月額            | 卒業年度に貸与を希望する場合のみ記入してください<br>月額 円<br>※ 貸与決定後に貸与額を変更することはできません |           |         |
| 連<br>帯<br>保<br>証<br>人 | 氏 名             | ⑩                                                            | 生年月日      | 年 月 日   |
|                       | 住 所             | 〒                                                            |           | 続 柄     |
| 証<br>人                | 氏 名             | ⑩                                                            | 生年月日      | 年 月 日   |
|                       | 住 所             | 〒                                                            |           | 続 柄     |
|                       | 電話番号            | ( ) -                                                        |           |         |

添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 健康診断書（申請の前日2箇月以内に作成したもの）
- (3) 養成施設入学後の学業成績証明書又はこれに準ずる証明書（養成施設在学中の者に限る）
- (4) 養成施設の在学証明書
- (5) 誓約書（様式第2号）

<注> 今回の申請にあたって、連帯保証人の押印については認印で可能としますが、修学資金の貸与決定後に、速やかに保証書（様式第4号の3）に印鑑登録証明書を添付して提出いただくこととなります。

# 履 歴 書

( 年 月 日現在)

|              |                                                                  |    |                                       |
|--------------|------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|
| ふりがな<br>本人氏名 | 昭和・平成                                                            | 印  | 写真添付<br>(縦5cm、横4cm)<br>写真裏面に氏名を記載すること |
|              | 年 月 日生 (満 歳)                                                     | 性別 |                                       |
| 現住所          | 〒<br>電 話 : (       )       -<br>携帯電話 :       -       -<br>Eメール : |    |                                       |

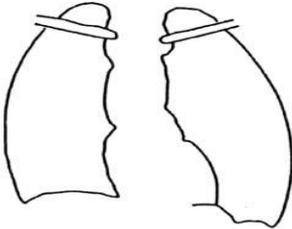
| 年 | 月 | 学 歴 ※学歴は高校卒業時より記入 |
|---|---|-------------------|
|   |   |                   |
|   |   |                   |
|   |   |                   |
|   |   |                   |
|   |   |                   |

兵庫県社会福祉事業団での勤務を希望する理由

氏名欄は戸籍上の氏名(外国籍の者は外国人登録済証明書記載の氏名とし、「通称名」も同時に登録してある場合は、どちらかを選んで、出願書類が同一の氏名で統一されていること)を記載して下さい。

※「性別」欄については、記載は任意です。未記載とすることも可能です。

# 身体検査書

|                     |                              |                                                                                     |                  |          |              |                       |                  |                   |
|---------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|--------------|-----------------------|------------------|-------------------|
| (フリガナ)              | ( )                          |                                                                                     |                  | 男・女      | 生年月日<br>(年齢) | 年 月 日生<br>(検査日現在 満 歳) |                  |                   |
| 身長                  | cm                           | 既往歴                                                                                 |                  |          | 血液検査         | 貧血検査                  | 赤血球数             | 万/mm <sup>3</sup> |
|                     |                              |                                                                                     |                  |          |              |                       |                  | 血色素量              |
| 体重                  | kg                           | 自覚症状                                                                                |                  |          |              | 肝機能検査                 | GOT              | IU/l              |
| BMI                 | [体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup> ] |                                                                                     |                  |          |              |                       | GPT              | IU/l              |
| 腹囲                  | cm                           | 他覚症状                                                                                |                  |          |              |                       | 血中脂質検査           | LDLコレステロール        |
|                     |                              |                                                                                     |                  |          |              | HDLコレステロール            |                  | mg/dl             |
| 血圧                  | mmHg                         |                                                                                     |                  |          | トリグリセライド     | mg/dl                 |                  |                   |
|                     |                              |                                                                                     |                  |          | 糖代謝検査        | 血糖値                   | mg/dl            |                   |
|                     |                              |                                                                                     |                  |          |              | HbA1c                 | %                |                   |
| 視力                  | 右(矯正)                        | ( )                                                                                 |                  | 尿検査      | 蛋白質          | - ± + ++ +++          |                  |                   |
|                     | 左(矯正)                        | ( )                                                                                 |                  |          | 糖            | - ± + ++ +++          |                  |                   |
| 聴力                  | 右 1000HZ<br>4000HZ           | 1 所見なし<br>1 所見なし                                                                    | 2 所見あり<br>2 所見あり |          | ウロビリノーゲン     | - 正常 + ++ +++         |                  |                   |
|                     | 左 1000HZ<br>4000HZ           | 1 所見なし<br>1 所見なし                                                                    | 2 所見あり<br>2 所見あり | ツベルクリン反応 | +            |                       |                  |                   |
|                     |                              |                                                                                     |                  | BCG施行の有無 | 有 無          |                       |                  |                   |
| 心電図検査               |                              |                                                                                     |                  |          |              |                       |                  |                   |
| 胸部エックス線検査<br>(直接撮影) |                              |  |                  |          |              | 喀痰細菌検査                | ※必要があり実施した場合のみ記入 |                   |
| フィルム番号              |                              | No.                                                                                 |                  |          |              |                       |                  |                   |
| 現行疾患                |                              |                                                                                     |                  | 総合判定     |              | 就労(可・不可)              |                  |                   |
| 令和 年 月 日            |                              | 検査機関名                                                                               |                  | 診断医師名    |              | 印                     |                  |                   |

備考 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入。

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

本人住所

氏名

㊞

連帯保証人住所

氏名

㊞

連帯保証人住所

氏名

㊞

誓 約 書

修学資金貸与学生に御採用の上は、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則並びに同要領を守り、貸与学生としての品位を保つとともに、養成施設卒業後は、直ちに兵庫県社会福祉事業団に勤務することを誓います。

また、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則により、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則並びに同要領に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担します。

