

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

資格取得に関する奨学金申請書

ふりがな						男・女	
氏名						男・女	
生年月日	年	月	日生	(満	歳)		
ふりがな							
現住所〒	(-)						
電話	-		-		携帯電話	-	
家族及び収入の状況	就学者を除く家族	続柄	同・別	氏名	年齢	職業	年間所得(万円)
	就学者	続柄	同・別	氏名	配属施設名		部署
		本人					
進学希望校	志望順位	学 校 名			就 学 期 間		一般・推薦
	1				年 月 ~ 年 月		
	2				年 月 ~ 年 月		
	3				年 月 ~ 年 月		
看護師資格取得に関する奨学金を希望する理由							
以上のとおり記載事項に間違いありません。貴協会の看護奨学生として採用いただきたく申請します。							
年 月 日							
社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様							
申請者氏名							
㊟							

年 月 日

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長 様

施 設 名

施設長氏名

印

施 設 長 推 薦 書

下記の者を、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程による看護奨学生として適当と認め推薦します。

職 員 氏 名	
採 用 年 月 日	年 月 日
(推薦理由)	

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長

看護奨学生（承認・不承認）決定通知書

年 月 日付けで申請がありました奨学金の貸付については、下記のとおり決定しましたので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第6条第3項の規定により通知します。

- 1 承認します。
- 2 承認できません。

承認できない理由：

看護奨学生 氏名		看護奨学生 番号	
奨学金	月額 円		
貸付期間	年 月から 年 月まで（ヶ月間）		
交付時期	4月・7月・10月・1月の4期にそれぞれ3月分をまとめて交付します。		
備考			

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

看護師資格取得に関する奨学金誓約書

このたび、貴協会看護奨学生として奨学金の貸付を受けるに当たり次のことを誓約します。

1. 学生としての本分を守り、勉学に励みます。
2. 規程に違反したとき並びに看護奨学生申請書等の提出した書類に虚偽の記載があったときは貸付の取消又は奨学金の貸付の停止をされても異議ありません。
3. 養成所卒業後は、貴協会に復職します。また、基準に満たず、不合格となったときは、返還義務を誠実に履行します。

年 月 日

看護奨学生 氏名 _____ (印)

連帯保証人 氏名 _____ (印)

連帯保証人 氏名 _____ (印)

社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様

奨学金予定額	月額	万円	36	月	奨学金	万円		
看護奨学生	学校名					就学期間	年	
	ふりがな			性別		生年月日	年 月 日	
	氏名							
	現住所	〒 -						
	電話	-	-	携帯電話	-	-		
	貸与希望期間	年 月 日		～	年 月 日			
連帯保証人	ふりがな			性別		生年月日	年 月 日	
	氏名							
	現住所	〒 -						
	電話	-	-	看護奨学生との関係				
連帯保証人	ふりがな			性別		生年月日	年 月 日	
	氏名							
	現住所	〒 -						
	電話	-	-	看護奨学生との関係				

- 注 1 「本人」及び「連帯保証人」は、必ず自署すること。
- 2 連帯保証人の内1名は保護者、もう一名は別生計の者とする。
- 3 連帯保証人の押印は実印をとし、印鑑証明書を添付すること。

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

口座振込依頼書

年 月 日

社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様

看護奨学生住所

氏 名 ⑩

電 話 番 号

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会から貸付される奨学金については、下記の口座に振込をお願いします。

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合
本・支店名	本 店 ・ 本 所 支 店 ・ 支 所
口 座 種 別	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
ふりがな	
口 座 名 義 人	

注 預金通帳の写し（金融機関名、店名、預金種別、口座番号、口座名義人が確認できる部分）を添付すること。

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

休 職 願

年 月 日

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会
理事長 別宮 静 様

所 属

職 ・ 氏 名

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会就業規則第44条の規定により、下記理由にて休職させていただきたくお願い致します。

期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
休職事由	
添付書類等	
休職中の 連絡先	住所 TEL

注意:傷病の場合は医師の診断書を添付して下さい。

収入

印紙

奨学金借用証書

百万 十万 万 千 百 十 円

借用金額

--	--	--	--	--	--	--

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程並びに下記事項の定めるところにより上記借用金額を相違なく返還いたします。

- 1 奨学金返還明細書に定められた期間に遅滞なく返還します。
- 2 奨学金の返還が返済期日を一カ月延滞したときは、協会は催告を行う。催告後指定した期日までに返還が出来ない場合は、定められた延滞金を支払います。
- 3 返還金の支払を怠り、理事長から一括返還を求められた場合には、その債務の期限の利益を失うこととなります。
- 4 連帯保証人は、一切の債務を保証し、履行の責を負います。
- 5 この奨学金の返還について訴訟が生じたときは、現住所のいかんにかかわらず、西予市を管轄する裁判所をもって、その管轄とします。

年 月 日

看護奨学生 住 所

氏 名

Ⓜ

連帯保証人 住 所

氏 名

Ⓜ

連帯保証人 住 所

氏 名

Ⓜ

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長 様

注 1 「本人」及び「連帯保証人」は、必ず自署すること。

2 連帯保証人の内1名は保護者、もう1名は別生計の者とする。

3 連帯保証人は実印を押印し、印鑑証明書を添付すること。

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長

奨 学 金 貸 付 額 通 知 書

あなたに、奨学金を下記のとおり貸付していますので確認して下さい。

1. 現 在 の 貸 付 額 _____ 円
2. 貸付の始期～貸付の終期（予定） _____ 年 月 ～ _____ 年 月
3. 現 在 の 貸 付 月 額 _____ 円
4. 貸付の始期から終期までの貸付額（予定） _____ 円
5. 振 込 明 細（前回までにお知らせした振込額を除いています）

振 込 日	振 込 額	備 考
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	

次回振込予定額 _____ 年 月 日 _____ 円

本通知書は _____ 年 月 日 振込後で作成しています

様式第9号（第13条第1項第1号関係）

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日

社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様

申請者 住所

氏名

印

氏 名 等 変 更 届

次のとおり変更しましたので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第13条第1項第1号の規定により届け出ます。

1 看護奨学生

新	住 所			
	氏 名		電話番号	
旧	住 所			
	氏 名			
変 更 年 月 日	年 月 日			
変 更 理 由				

2 連帯保証人

新	住 所			
	氏 名		電話番号	
旧	住 所			
	氏 名			
変 更 年 月 日	年 月 日			
変 更 理 由				

様式第10号（第13条第1項第2号関係）

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日	
社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様	
看護奨学生住所	
氏 名 ⑨	
電 話 番 号	
看護奨学生辞退届	
下記の理由により、奨学金の貸付を辞退したいので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 看護師資格取得に関する奨学金規程第13条第1項第2号の規定により届け出ます。	
在 学 中 の 学 校	
辞 退 希 望 年 月 日	年 月 日から
貸 付 期 間	年 月から 年 月まで(ヶ月間)
貸 付 総 額	円
変 更 理 由	

注「貸付期間」及び「貸付総額」は、辞退するまでに貸付を受けることとなる期間及び
総額を記入すること

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日

社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様

看護奨学生住所
氏 名 ⑩
電 話 番 号

休学、復学、停学、退学届出書

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第13条第1項第3号の規定により届け出ます。

届出事項	1 在学している学校を休学します 2 学校に復学します 3 在学している学校から停学の処分を受けました 4 在学している学校を退学します
退学年月日	年 月 日から
休学、又は停学の期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで
退学、休学、又は停学の理由	
貸付期間	年 月から 年 月まで(月間)
貸付総額	円

注 1 「届出事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んで下さい。
 2 休学、復学、停学及び退学の実事を証明する書類の写しを添付して下さい。

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会理事長

奨学金一時停止通知書

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第14条第1項の規定による奨学金の貸付を一時停止しますので、次とおり通知します。

一時停止年月日

年 月 日

一時停止の理由

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長 様

看護奨学生住所
氏 名 ⑩
電 話 番 号

奨 学 金 貸 付 再 開 申 請 書

奨学金貸付の再開を希望しますので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第15条第2項の規定により、次のとおり申請します。

在 学 中 の 学 校	名 称	
	所 在 地	
一 時 停 止 年 月 日	年 月 日	
再 開 の 申 請 理 由		

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長

奨 学 金 貸 付 再 開 通 知 書

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第15条第3項の規定による奨学金の貸付を再開しますので、次とおり通知します。

再開後の貸付期間

年 月から 年 月まで(ヶ月間)

再開の理由

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日
社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様
看護奨学生住所
氏 名 ㊟
電 話 番 号
奨学金貸付再開辞退届
次の理由により、奨学金の貸付を辞退したいので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 看護師資格取得に関する奨学金規程第16条第1項の規定により届け出ます。

辞退希望年月日	年 月 日
辞退の理由	
貸付期間	年 月から 年 月まで(ヶ月間)
貸付総額	円

令和 年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会理事長

奨学金貸付終了通知書

次の理由により、奨学金の貸与を停止しますので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第17条第2項の規定により通知します。

終了年月日	令和 年 月 日
終了の理由	
貸与の終了により返還すべき金額	円 ただし、令和 年 月から令和 年 月までの 月分

奨学金返還明細書

【貸与に関する事項】

住 所		看護奨学生 番号	
看護奨学生 氏 名		学 校 名	
貸 与 期 間	年 月 から 年 月 まで	貸 与 額	円
	年 月 から 年 月 まで		円
備 考		総 額	円

【返還に関する事項】

書類送付先	〒		
看護奨学生 氏 名	Ⓜ	電 話 番 号	
連帯保証人	Ⓜ	電 話 番 号	
連帯保証人	Ⓜ	電 話 番 号	
就 職 先			

【返還方法に関する事項】 半年賦 月賦（希望の返還方法を○で囲んで下さい）

年度／月	月 賦	半 年 賦	累 計	残 額
1 年 月 日				
2 年 月 日				
3 年 月 日				
4 年 月 日				
5 年 月 日				
6 年 月 日				
7 年 月 日				
8 年 月 日				
9				
120 年 月 日				
総 計				

注1 返還月の納入期限は25日です。

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日

社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

奨 学 金 返 還 猶 予 申 請 書

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第20条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

貸与を受けた期間	年 月から	年 月まで(ヶ月間)
貸与を一時停止された期間	年 月から	年 月まで(ヶ月間)
貸与を受けた総額	円	
返還する期間	年 月から	年 月まで
返還する総額	円	
返還の猶予を受けようとする期間	年 月から	年 月まで
返還猶予の申請理由	1 第16条第1項第4号で定める期間中である 2 学校に在学している 3 重い病気にかかっている 4 その他	
在 学 中 の 学 校	名 称	
	所 在 地	

注 1 「返還の猶予の申請理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んで下さい。

2 返還の猶予の申請理由の状況を証明する書類を添付して下さい。

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長

奨 学 金 返 還 猶 予 通 知 書

奨学金返還の猶予を決定しましたので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第20条第4項の規定により、次とおり通知します。

返還を猶予する期間	年 月から 年 月まで
返還を猶予する理由	

理事長	事務局長	事務局長補佐	施設長

年 月 日			
社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会理事長 様			
申請者 住 所			
氏 名			
◎			
電話番号			
奨 学 金 返 還 免 除 申 請 書			
奨学金の免除を受けたいので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第21条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。			
貸与を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで(月 日間)	
貸与を一時停止された期間	年 月 日から	年 月 日まで(月 日間)	
貸与を受けた総額	円		
返 還 す る 総 額	円		
返 還 済 額	円		
返 還 未 済 額	円		
返還の免除を受けようとする額	円		
返還の免除を受けた後の返還残額	円		
就 業 状 況	就 業 期 間		勤 務 先
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
返還の免除の申請理由	1 第21条第1項第3号で定める期間に達した 2 心身の機能に障害を生じた 3 死亡した		

注 1 「返還の免除の申請理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んで下さい。

2 心身の機能に障害を生じた場合は、その状況を証明する医師の診断書等を添えてください。

3 死亡した場合は、死亡したことを証明する書類を添えて遺族の方が申請してください。

年 月 日

様

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会 理事長

奨学金返還免除通知書

奨学金の返還を免除しますので、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会看護師資格取得に関する奨学金規程第21条第3項の規定により、次とおり通知します。

貸与した総額	円
返還すべき総額	円
返還済額	円
返還未済額	円
返還を免除する額	円
返還を免除した後の返還残額	円
返還を免除する理由	