

奨学金を希望する皆さんへ

国立病院機構久里浜医療センターの奨学金制度は、看護学校・看護大学等に在籍する学生で、当該学校を卒業後、国立病院機構久里浜医療センターに就職を希望する学生に対して奨学金を貸与することにより、その修学を支援することを目的としています。

i 奨学金貸与までの主な流れ

1. 貸与の申込み
2. 奨学生の選考
3. 奨学生の決定
4. 奨学生誓約書、奨学金振込依頼書の提出
5. 奨学金の入金

ii 申込方法

1. 看護学校、看護大学等を卒業後、国立病院機構久里浜医療センターに常勤職員として勤務することを希望することが申込みの条件です。
2. 申込みをする場合は、次の書類を提出して下さい。
 - ①奨学生申請書（様式第1号）
 - ②履歴書（市販のもの）
 - ③在学証明書
 - ④在籍する学校長が作成する成績が証明できるもの（成績証明書等）

上記の必要書類を同封し、封筒の表に「奨学生申請書在中」と記載のうえ、当院「事務部管理課長宛」に郵送をして下さい。

iii 奨学生の選考

1. 奨学生は、申込み時に提出された書類及び面接等を踏まえて決定します。
2. 面接の時期は、決まり次第ご案内します。
3. 奨学生として内定された方は、病院長から奨学金貸与決定通知書（様式第2号）が発行されます。

iv 貸与決定後の提出書類

「奨学金貸与決定通知書」を受領した日から、14日以内に奨学生誓約書（様式第3号）、「奨学金振込依頼書」を提出して下さい。

v 奨学金の額

奨学金の額は、年額60万円です。

vi 奨学金の貸与期間及び貸与方法

1. 看護学生は3年間、看護学部学生は最大4年間です。
2. 年額60万円の2分の1を各年度の前期（5月）、後期（11月）の2回、奨学金振込依頼書に記載の口座に振り込みます。

vii 奨学生の資格取り消し

1. 次のいずれかに該当したときは、資格が取り消されます。
 - ①自己の都合により、奨学生を辞退したとき。
 - ②自己の都合、又は学則の定めにより看護学校等を退学したとき。
 - ③新たな学年に進級できないとき。
 - ④その他奨学生が奨学金貸与の目的を達成する見込みがなくなったと認められるとき。

viii 奨学金の返還免除

1. 奨学生は、看護学校を卒業後、奨学金の貸与期間と同期間を、国立病院機構久里浜医療センターの看護師として勤務した場合、その期間（年単位）に応じて返還が免除されます。
2. 勤務期間が1年未満の場合は、免除する期間に該当しません。

ix 奨学金の返還

1. 次のいずれかに該当した場合は、院長の指定した日までに貸与された奨学金の全額返還が必要となります。
 - ①奨学生の資格が取り消されたとき。
 - ②卒業当年に看護師の免許が取得できないとき。
 - ③職員採用試験に不合格となったとき。
 - ④奨学金の貸与期間と同期間を、国立病院機構久里浜医療センターの看護師として、退職等を理由に勤務できなかったとき。

注：奨学生に選考されて貸与を受けることが将来、国立病院機構久里浜医療センターに常勤職員として採用することを約束するものではありません。

－ 問合せ先 －

〒239-0841

横須賀市野比 5-3-1

独立行政法人国立病院機構

久里浜医療センター 管理課長

電話：046-848-1550

mail:220-kanrikachou@mail.hosp.go.jp

様式第1号

奨学生申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
院長 松下 幸生 様

私は、令和 年度国立病院機構久里浜医療センターの奨学生として承認されたく申請いたします。

〒
現住所

本人氏名（自署） ④

生年月日 昭和・平成 年 月 日

様式第2号

令和 年 月 日

_____様

奨学金貸与決定通知書

あなたは、国立病院機構久里浜医療センターの奨学金を貸与する学生であることを認め、年額60万円（令和●年から●年間）を奨学金として貸与します。

については、国立病院機構●●病院附属看護学校の学生としての在職期間中、この奨学金制度を有効に利用し修学に励んでください。

国立病院機構久里浜医療センター病院長

様式第3号

奨学生誓約書

令和 年 月 日

国立病院機構
久里浜医療センター病院長 様

このたび、令和●年度国立病院機構久里浜医療センター（以下、「久里浜医療センター」という。）の奨学生として承認されましたので、卒業後直ちに看護師として久里浜医療センターに貸与期間勤務することを連帯保証人連署・捺印をもって誓約します。

なお、貸与を受ける奨学金については、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター奨学金貸与規程（以下、「貸与規程」という。）第11条により、返還の債務が免除される場合を除き、貸与規程第12条に基づき返還いたします。

（本人）

現住所

氏名（自署） ⑩

昭和・平成 年 月 日

（連帯保証人）

現住所

氏名（自署） ⑩

昭和・平成 年 月 日

本人との関係

極度額：180万円

注意）連帯保証人は、登録された印鑑を押印し、印鑑登録証明書を添付してください。

様式第4号

奨学生辞退願

令和 年 月 日

国立病院機構
久里浜医療センター病院長 様

このたび、●●●の事由により奨学生を辞退したいので、ご承認下さるようお願い致します。

なお、すでに貸与を受けていた奨学金（〇〇万円）は、指定された期限までに返還致します。

記

（本人）

現住所

氏名（自署） ⑩

昭和・平成 年 月 日

（連帯保証人）

現住所

氏名（自署） ⑩

昭和・平成 年 月 日

本人との関係

様式第5号

令和 年 月 日

様

奨学金返還免除決定通知書

令和●年度において貸与した奨学金60万円については、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター奨学金貸与規程第11条第1項第1号の規定により返還を免除することとしたので通知します。

記

1. 貸与年月日 令和 年 月 日

2. 免除額 ￥600,000-

国立病院機構久里浜医療センター病院長