

## 豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例施行規程

平成 28 年 6 月 30 日  
病院事業管理規程第 8 号

(趣旨)

第 1 条 この規程は、豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例（平成 28 年豊後大野市条例第 40 号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(貸与の申請)

第 2 条 条例第 4 条第 1 項の規定により、修学資金の貸与を受けようとする者（次項に定める場合を除く。）は、豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与申請書（様式第 1 号。以下「貸与申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、豊後大野市病院事業管理者（以下「病院事業管理者」という。）に提出しなければならない。

- (1) 大学の在学証明書
- (2) 成績証明書（在学する大学における修学資金貸与申請年度の前年度までのもの）
- (3) 履歴書
- (4) 前 3 号に掲げるもののほか、病院事業管理者が必要と認める書類

2 大学における正規の修業年限の最終学年である年度の前年度に前項の規定により修学資金の貸与を受けた者で当該最終学年である年度も継続して貸与を受けようとするものは、当該最終学年である年度の 4 月末日までに貸与申請書に継続貸与を希望する旨を記載するとともに、次に掲げる書類を添えて、病院事業管理者に提出しなければならない。

- (1) 大学の在学証明書
- (2) 成績証明書（在学する大学における当該最終学年である年度の前年度までのもの）

(貸与の決定等)

第 3 条 病院事業管理者は、貸与申請書の提出があったときは、その内容を審査し、貸与するものと決定したときは、薬剤師修学資金貸与承認決定通知書（様式第 2 号）により、その結果を申請者に通知するものとする。

2 前項の審査については、書類審査及び面接審査を行うものとする。ただし、前条第 2 項の規定による貸与申請書に係る審査については、面接審査を省略することができるものとする。

3 病院事業管理者は、申請者が年度の中途において貸与の申請をした場合は、申請者の希望により、年度当初に遡って貸与の決定をすることができる。

(誓約書の提出)

第 4 条 前条の規定により貸与の決定の通知を受けた者（以下「被貸与者」という。）は、連帯保証人 1 人が署名した誓約書（様式第 3 号）に、次に掲げる書類を添えて、病院事業管理者に提出しなければならない。ただし、被貸与者のうち第 2 条第 2 項の規定による貸与申請に係るものについては、前年度において提出した誓約書の内容に異動のない限りにおいて、提出を要しないものとする。

- (1) 連帯保証人の印鑑登録証明書
- (2) 連帯保証人の所得の状況を証する書類

(連帯保証人)

第5条 前条の連帯保証人は、独立の生計を営む成年者であって、保証能力を有するものでなければならない。

(貸与の決定の取消し及び貸与の停止)

第6条 病院事業管理者は、被貸与者が条例第5条第1項各号のいずれかに該当するに至ったときは、第3条の貸与の決定を取り消すものとする。

2 病院事業管理者は、条例第5条第2項前段の規定に基づき、被貸与者が休学し、又は停学の処分を受けたときは、休学し、又は停学の処分を受けた日の属する月の翌月の分から復学した日の属する月の分までの修学資金の貸与を停止する。

3 病院事業管理者は、修学資金の貸与の決定を取り消したとき、又は貸与を停止したときは、薬剤師修学資金貸与取消（停止）通知書（様式第4号）により、その旨を通知する。

(貸与の方法等)

第7条 病院事業管理者は、当該年度分の修学資金を上・下期に分け、上期にあつては6月末までに、下期にあつては12月末までに貸与するものとする。

2 修学資金の貸与は、被貸与者名義の口座への振込みの方法によるものとする。

3 被貸与者は、病院事業管理者に対し、あらかじめ薬剤師修学資金貸与に伴う口座振込依頼書（様式第5号）を提出しなければならない。

(辞退の届出)

第8条 被貸与者は、修学資金の貸与を辞退しようとするときは、その旨を薬剤師修学資金辞退届（様式第6号）により病院事業管理者に届け出なければならない。

(届出の義務)

第9条 被貸与者は、次の各号のいずれかに該当したときは、速やかに、その事実を証明する書類を添えて病院事業管理者に届け出なければならない。

(1) 心身の故障により修学の見込みがなくなったとき。

(2) 休学、復学又は退学したとき。

(3) 停学その他の処分を受けたとき。

(4) 卒業したとき。

(5) 氏名又は住所を変更したとき。

(6) 連帯保証人の氏名、住所に変更があったとき又は連帯保証人が死亡し、若しくは連帯保証人に連帯保証人として適当でない事由が生じたとき。

2 被貸与者が死亡したときは、連帯保証人（被貸与者の遺族を含む。）は、速やかに、その旨を病院事業管理者に届け出なければならない。

(返還)

第10条 被貸与者は、次の各号のいずれかに該当する事由が生じたときは、既に貸与を受けた修学資金を病院事業管理者が定める日までに一括又は分割払で返還しなければならない。

(1) 修学資金の貸与を取り消されたとき。

- (2) 大学を卒業した日から 1 年を経過する日までに薬剤師の免許を取得しなかったとき。
- (3) 薬剤師の免許を取得した後、直ちに豊後大野市民病院（以下「市民病院」という。）に薬剤師として採用されなかったとき。
- (4) 被貸与者の市民病院における薬剤師業務に従事した期間が当該被貸与者の修学資金貸与期間に 4 年を加算した期間に相当する期間（第 12 条第 4 項の規定の適用を受ける場合は、同項の規定により計算した期間。以下この条において「要勤務期間」という。）を下回った場合には、一部返還とし、その返還額は、要勤務期間の月数から市民病院における薬剤師業務従事月数（1 月未満の端数切上げ）を減じて得た月数を要勤務期間の月数で除して得た割合を貸与金額の合計額に乗じて計算する。ただし、返還額に 1,000 円未満の端数がある場合には、これを切り上げる。

（返還の猶予）

第 11 条 病院事業管理者は、被貸与者が次の各号のいずれかに該当し、その状況が継続する期間、修学資金の返還を猶予することができる。

- (1) 条例第 6 条第 1 項第 1 号に規定する修学資金の返還の免除の要件を充足する過程にあるとき。
- (2) 災害、疾病その他やむを得ない事由があり、修学資金を返還することが困難であると認めるとき。

2 前項の規定により、修学資金の返還の猶予を受けようとする者は、薬剤師修学資金返還猶予申請書（様式第 7 号）に申請事由を証する書類を添えて病院事業管理者に提出しなければならない。

3 病院事業管理者は、修学資金の返還を猶予する又は猶予しない旨の決定をしたときは、その旨を薬剤師修学資金返還猶予承認（不承認）通知書（様式第 8 号）により、申請者に通知する。

（返還の免除）

第 12 条 条例第 6 条の規定により修学資金の返還の免除を受けようとする者は、薬剤師修学資金返還免除申請書（様式第 9 号）にその事実を証する書類を添えて病院事業管理者に提出しなければならない。

2 病院事業管理者は、修学資金の返還を免除する又は免除しない旨の決定をしたときは、その旨を薬剤師修学資金返還免除承認（不承認）通知書（様式第 10 号）により、申請者に通知する。

3 条例第 6 条第 2 項に規定するその他やむを得ない事由は、次に掲げるものをいう。

- (1) 災害その他不可抗力によるもの
- (2) 育児休業、介護休業その他やむを得ない事由によるもの

4 条例第 6 条第 2 項に規定する計算方法等は、当該被貸与者に係る修学資金貸与期間に 4 年を加算した期間に相当する期間から、疾病、負傷その他やむを得ない事由により薬剤師の業務に従事できなかったと病院事業管理者が認める期間（当該期間に 1 月未満の端数があるときはこれを切り上げた期間。ただし、12 月を限度とする。）を減じて得た期間とする。

（報告の要求）

第 13 条 病院事業管理者は、奨学金の貸与の目的を達成するため必要があるときは、被貸与者に報告を求めることができる。

(その他)

第 14 条 この規程に定めるもののほか、条例の施行に関し必要な事項は、病院事業管理者が別に定める。

附 則

この規程は、公示の日から施行する。

附 則(令和 7 年 9 月 30 日病管規程第 25 号)

この規程は、公示の日から施行する。

様式第 1 号（第 2 条関係）

豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与申請書（新規・継続）

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

貸与申請者

郵便番号

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

私は、豊後大野市民病院薬剤師修学資金の貸与を受けたいので、豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例施行規程第 2 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 在学する大学名等

(1) 大 学 名

(2) 課 程 名

(3) 学 年 第 学年

2 貸 与 申 請 金 額 月額 金 円

3 貸 与 申 請 期 間 年 月 から 年 月まで

様式第 2 号（第 3 条関係）

薬剤師修学資金貸与承認決定通知書（新規・継続）

第 号  
年 月 日

様

豊後大野市病院事業管理者



年 月 日付けで申請のあった修学資金の貸与について、審査の結果、  
下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 貸与番号 第 号
- 2 貸与金額 月額 円
- 3 貸与期間 年 月分から  
年 月分まで

様式第3号（第4条関係）

## 誓 約 書

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

**被貸与者**

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

大 学 名

課 程 名 第 学年

貸与番号

私は、豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例を遵守し、学生としての本分を守り、勉学に励むとともに、卒業し、免許を取得した後は直ちに豊後大野市民病院において薬剤師の業務に従事し、及び修学資金返還の事由が生じたときは遅滞なく返還することを誓約します。

上記の者の当該大学在学中に貸与される豊後大野市民病院薬剤師修学資金に係る返還の債務について、極度額 円を限度として、連帯して責任を負います。

年 月 日

**連帯保証人**

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

被貸与者との関係

職 業

電話番号

（注）連帯保証人は、印鑑登録してある印を押印し、印鑑登録証明書及び所得の状況を証する書類を添付してください。

様式第 4 号（第 6 条関係）

薬剤師修学資金貸与取消（停止）通知書

第 号  
年 月 日

様

豊後大野市病院事業管理者 印

年 月 日付けで決定した修学資金の貸与について下記のとおり〔取消・停止〕したので通知します。

記

決定事項

1 貸与金額 月額 円

2 貸与〔取消・停止〕期間 年 月分から  
年 月分まで

〔取消・停止〕の理由

様式第 5 号（第 7 条関係）

薬剤師修学資金貸与に伴う口座振込依頼書

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

被貸与者

豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例施行規程第 7 条第 3 項の規定に基づき、口座振込依頼書を提出します。

振込依頼先口座等

|                                 |                                 |                                     |     |                             |          |       |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------|----------|-------|
| フリガナ                            |                                 |                                     |     |                             |          |       |
| 氏 名                             |                                 |                                     |     |                             |          |       |
| 住 所                             | 〒                               |                                     |     |                             |          |       |
| 電話番号                            |                                 |                                     |     | 生年月日                        | 年 月 日    |       |
| 振込先                             |                                 | 銀行<br>・<br>農協<br>・<br>組合<br>・<br>金庫 | 店番号 | 本 店<br>・<br>支 店<br>・<br>出張所 | 預金種目     |       |
|                                 |                                 |                                     |     |                             | 1. 普通・総合 | 2. 当座 |
|                                 |                                 |                                     |     |                             | 口座番号     |       |
|                                 |                                 |                                     |     |                             |          |       |
|                                 | フリガナ（※必ず、通帳に印字されたフリガナをご記入ください。） |                                     |     |                             |          |       |
|                                 |                                 |                                     |     |                             |          |       |
| 口座名義（※必ず、通帳に印字された口座名義をご記入ください。） |                                 |                                     |     |                             |          |       |
|                                 |                                 |                                     |     |                             |          |       |

※ ゆうちょ銀行に振込みを希望する場合には、「記号・番号」ではなく、振込み用の「店名・預金種目・口座番号」を記入すること。

（注意）上記の内容のわかる通帳の写しを添付すること。

様式第6号（第8条関係）

薬剤師修学資金辞退届

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

被貸与者

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

大 学 名

課 程 名 第 学年

下記理由により、修学資金の貸与を辞退します。

なお、現在まで貸与を受けた修学資金の期間及び総額は次のとおりです。

記

- 1 貸与番号 第 号
- 2 修学資金貸与済期間 年 月分から  
年 月分まで
- 3 修学資金受取済総額 円
- 4 辞退理由

様式第 7 号（第 11 条関係）

薬剤師修学資金返還猶予申請書

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

被貸与者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、修学資金の返還を猶予くださるようお願いします。

記

1 貸与番号 第 号

2 貸 与 額 円

3 希望の返還猶予期間  
年 月から  
年 月まで

4 返還残額 円

5 理 由

様式第 8 号（第 11 条関係）

薬剤師修学資金返還猶予承認（不承認）通知書

年 月 日

被貸与者

様

豊後大野市病院事業管理者



年 月 日付けで申請のあった薬剤師修学資金の返還猶予については、次のとおり承認する（承認しない）こととしたので通知します。

なお、返還猶予期間終了の翌月以降は、通常の修学資金返還を願います。

記

1 貸与番号 第 号

2 返還猶予期間

年 月から  
年 月まで

3 返還残額 円

（不承認の場合）

（理由）

様式第 9 号（第 12 条関係）

薬剤師修学資金返還免除申請書

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

被貸与者 住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり、薬剤師修学資金の返還を免除くださるようお願いいたします。

記

- |   |           |        |   |
|---|-----------|--------|---|
| 1 | 貸与番号      | 第      | 号 |
| 2 | 修学資金貸与済期間 | 年 月分から |   |
|   |           | 年 月分まで |   |
| 3 | 修学資金受取済総額 | 円      |   |
| 4 | 免除申請額     | 円      |   |
| 5 | 理由        |        |   |

様式第 10 号（第 12 条関係）

薬剤師修学資金返還免除承認（不承認）通知書

第 年 月 日 号

被貸与者

様

豊後大野市病院事業管理者



年 月 日付で申請のあった薬剤師修学資金の返還免除については、次のとおり承認する（承認しない）こととしたので通知します。

記

1 貸与番号 第 号

2 貸与期間

年 月から  
年 月まで

3 貸与総額 円

4 返還免除額 円

5 理由

（不承認の場合）

（理由）