第２０２３００２４４９８０号
令 和 ５ 年 １ ２ 月 ２ ６ 日

各 貸 付 希 望 者　様

鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課長
（ 公 印 省 略 ）

令和６年度看護職員修学資金の貸付希望者の募集について（通知）

鳥取県では、県内で就業する看護職員の養成を目的として、看護職員修学資金の貸付けを実施しています。
貸付けを希望される場合は、別添の「看護職員修学資金貸付制度のしおり」をよく読んで、下記により申請書類を提出してください。
なお、希望者が多数の場合は、御希望に添えないことがありますので、御了承ください。

記

１　申請に必要な書類

提 出 書 類	備　　考
（１）修学資金貸付申請書（様式第１号）	貸付希望者及び連帯保証人が記入してください。
（２）誓約書（様式第２号）	貸付希望者が記入してください。
（３）修学生推薦調書（様式第３号）	（各養成施設等で記入してもらってください。）
（４）看護職員修学資金貸付希望調書	貸付希望者及び連帯保証人が記入してください。
（５）振込口座等登録申請書	貸付希望者の名義の口座を記入してください。

※各申請書類に記入については、別紙「貸付申請書類の記入要領について」を参照してください。

２　提出先
各看護師等養成所、大学等
（各養成所等で、申請書類を取りまとめて、当課に提出していただきます。）

３　各養成施設（専門学校、大学等）への提出期限
令和６年４月１５日（月）

４　貸付けの決定及び開始の時期
貸付けの決定及び開始は、７月に行う予定にしています。ただし、貸付希望者が多数の場合は、貸付けの決定及び開始の時期が遅くなることがあります。
貸付決定後、初回の貸付は４月から９月分（６か月分）をまとめて口座に入金する予定ですので、御承知ください。

（担当）
〒６８０－８５７０
鳥取市東町一丁目２２０
鳥取県 福祉保健部 健康医療局
医療政策課 医療人材確保室　濵口
電　話　０８５７－２６－７１９０
ﾌｧｸｼﾐﾘ　０８５７－２１－３０４８
電子ﾒｰﾙ　kangoshikakuho@pref.tottori.lg.jp

様式第１号(第７条関係)

修 学 資 金 貸 付 申 請 書

令和　　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　　様

申請者　郵便番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

生年月日 ＿＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日生(＿＿＿＿歳)

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

修学資金の貸付けを受けたいので、連帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて申請します。

１　貸付希望月額：金＿＿＿＿＿＿＿＿円／月

２　貸付希望期間：令和 ６ 年 ４ 月から　令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月まで（＿＿＿＿年間）

３　在学養成施設(大学院(研究科))名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(学科・専攻科名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

４　学　　年：＿＿＿＿年課程　第＿＿＿＿学年

上記の申請に同意し、申請者が修学資金の貸付けを受けたときは保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人　郵便番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

生年月日 ＿＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日生(＿＿＿＿歳)

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係 ＿＿＿＿＿＿

様式第２号(第７条関係)

誓　約　書

令和　　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　　様

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

＿＿＿年　＿＿月　＿＿日生

修学生として採用された上は、鳥取県看護職員修学資金等貸付規則を堅く守り、学業に励むとともに、卒業し、看護職員の免許を取得した後は直ちに鳥取県内において、看護職員の業務に従事し、及び修学資金の返還の事由が生じた場合は遅滞なく返還することを誓約します。

様式第３号(第７条関係)

修　学　生　推　薦　調　書

<table>
<tr><td>＊整理番号</td><td></td><td>推薦順位</td><td>人中　　位</td><td>＊決定番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="4">郵便番号

電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">養成施設</td><td>施設(大学院(研究科))名</td><td colspan="2"></td><td>修業年限</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">郵便番号

電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">学年</td><td colspan="4">第　　学年</td></tr>
<tr><td colspan="2">成績概評</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">人物概評</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健康状態</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他推薦の参考事項</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記の者は貴県の修学生として適当な者と認め推薦します。

年　　月　　日

施設等の長　　㊞

鳥取県知事　平井　伸治　　様

*印は記入しないこと。

今春入学者の成績概要・人物概要等については、入学試験等の状況を参考に記入してください。

看護職員修学資金貸付希望調書

令和　　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　　様

１　卒業後鳥取県内において看護職員として就業を希望する理由

２　貸付を希望する理由

３　過去に鳥取県看護職員修学資金の借受の有無

ア　有　（貸付決定番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

イ　無

上記のとおり相違ありません。

申　請　者　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

注）氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

年　　月　　日　申請

振込口座等登録（変更）申請書

鳥取県知事　様

下記のとおり登録申請しますので、鳥取県からの支払は下記口座へ振込してください。

変更時記入	変更内容	変更・廃止適用年月日	相手方番号（10桁）
	氏名、法人（代表者）名、住所、電話番号、 口座情報の変更・追加・廃止 その他［　　］	年　　月　　日	

氏名	フリガナ	
	※ 氏名 ・ 法人名	
（法人・団体）	支店名	
	※ 役職 ・ 氏名	

変更申請の場合、以下は変更する部分のみ記入してください。

住所	郵便番号		都道府県 市区町村	都道府県　市区町村
	丁目 大字			
	番地 地番			
	片書			
電話番号			FAX番号	

振込口座							
1 通常用	金融機関コード		店番コード		預金種目	口座番号（7桁）	金融機関確認印
					1 普通　2 当座 3 別段　9 その他		
	口座名義人 （カタカナ）						
2 工事前金用	金融機関コード		店番コード		預金種目	口座番号（7桁）	金融機関確認印
					1 普通		
	口座名義人 （カタカナ）						

以下の記載項目を確認できるもの（通帳等の写し）を添付してください。

（金融機関に確認印を受けることで代えることもできます↓）

鳥取県記入欄	登録所属	担当者	チェック欄
	医療政策課		□臨職等　□通知不要 □担当部署送付 □その他［　　］