

深川市立病院薬剤師修学資金貸付金のご案内

ーはじめにー

深川市立病院では、地域医療を担う薬剤師の養成及び確保を図り、市民への安定的な医療提供体制を確立するため、大学の正規の課程の在学学生を対象に修学に必要な資金を貸付ける制度を創設しました。（平成27年4月施行）

この制度では、修学資金を受けた薬学生の方が、薬剤師免許取得後に深川市立病院で貸付を受けた期間と同期間の勤務をすることで、貸付けした修学資金の返還を全額免除することとしています。

1 **貸付の対象者** 大学の正規の課程の在学学生

2 **募集定員** 1年生～3年生のうち 2人

3 **貸付けの条件**

(1) 貸付金額 大学へ自宅から通学以外の方 月額 10万円以内
大学へ自宅から通学の方 月額 7万円以内

(2) 貸付期間 貸付決定した年度の4月から卒業する月まで（1～6年間）
但し、下記のいずれかの場合には、申請により貸付期間を1年間まで延長し、その間も貸付金を交付致します。
① 留年をしたとき
② 卒業後最初の薬剤師国家試験で不合格の場合は、翌年の国家試験合格発表日の属する月までの期間

(3) 勤務条件 国家試験合格後に深川市立病院において、薬剤師として貸付けを受けた期間と同期間を勤務しなければならない。

4 **修学資金の返還免除** 下記のいずれかに該当する場合は、修学資金の返還を免除します。

(1) 大学を卒業した日から1年を経過する日の属する月の月末までに薬剤師国家試験合格後、上記の3.(3)に定める勤務条件を履行したとき
(2) 勤務期間中に、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため勤務の継続が困難であると認められるとき

5 **申込みについて**

(1) 申請書類 申し込み時には、下記の書類を揃えて提出ください。

- ① 深川市立病院薬剤師修学資金貸付申請書（別記様式第1号）
- ② 誓約書（別記様式第2号）
- ③ 戸籍抄本又は戸籍謄本
- ④ 在学証明書
- ⑤ 写真（正面、脱帽、上半身の名刺判で最近6カ月以内に撮影したもの）
- ⑥ 連帯保証人の納税証明書（住民税）
- ⑦ レポート（自身と地域医療に対する考え、貸付を希望する動機等を800字以内）

- (2) 連帯保証人 申請の際には、下記の条件を満たす2名の連帯保証人が必要です。
修学資金の貸付決定の際には、申請者と連帯し修学資金の返済債務を負うことになります。

- ① 独立の生計を営む成年者であること
- ② 申請者が未成年者のときは、連帯保証人のうち1人は、その者の法定代理人とすること。(父、母等)

(3) 申込期限

令和7年4月1日(火)～6月30日(月)

※募集定員に満たない場合には、随時受付の予定。問い合わせください。

(4) 提出方法

持参の場合は、午前9時から午後5時まで

郵送の場合は、簡易書留とし、封筒に「薬剤師修学資金貸付申請書 在中」と朱書きしてください。

(5) その他

- ① 申請書の提出に要する費用は、ご自身で負担願います。
- ② 提出いただいた書類は、返還致しません。
- ③ 申請書は、深川市立病院ホームページよりダウンロードもできます。

6 貸付けの決定について

- (1) 申請内容を審査のうえ、面接を実施する予定。※日時等については、別途通知。
- (2) 書類審査、面接の結果により貸付決定の適否を決定し、書面により通知致します。

7 修学資金の返還等

退学や薬剤師国家試験に不合格などの理由により、修学資金の貸付けの目的を達成する見込みがない場合は、貸付けした修学資金に違約金を加算し、返還をしていただきます。

なお、特別の事情があると認めるときは返還の猶予、返還債務の減免ができる場合もあります。

8 その他の事項

- (1) 貸付決定の年度の4月に遡及し、修学資金を交付することができます。
- (2) 修学資金の交付は、原則、毎月指定日に銀行口座へ振り込みとなります。

お問い合わせ
・申込み先

〒 074-0006 深川市6条6番1号
深川市立病院 事務部管理課職員経理係
TEL 0164-22-1101 FAX 0164-22-5929
E-mail kanri.hp@city.fukagawa.lg.jp
URL <http://www.city.fukagawa.lg.jp/fukabyo/>

別記様式第1号（第2条関係）

深川市立病院薬剤師修学資金貸付申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者（本人）

㊞

下記のとおり修学資金の貸付けを受けたいので、深川市立病院薬剤師修学資金貸付要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

○本人

1. 氏 名（フリガナ）

2. 大学名

大学 年生

3. 貸付を希望する期間

年 月から 年 月まで （ カ月間）

4. 生年月日・年齢

年 月 日生（満 歳）

5. 本籍地

6. 現住所等

郵便番号

住 所

電 話 （ ） —

7. 帰省先住所等

郵便番号

住 所

電 話 （ ） —

○連帯保証人

氏名（フリガナ）		
生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生
申請者との関係		
本 籍 地		
現 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 電話（ ） —	〒 電話（ ） —
職 業		

注）申請者が未成年である場合は、連帯保証人のうち1人は申請者の法定代理人とすること。

本申請により申請者に貸付けられた修学資金について、一切の債務を連帯して保証します。

深川市長 様

年 月 日

連帯保証人 氏名

㊞

連帯保証人 氏名

㊞

別記様式第2号（第2条関係）

誓 約 書

年 月 日

深川市長 様

申請者（本人）住 所

氏 名 ⑩

法定代理人 住 所

氏 名 ⑩

私は、深川市立病院薬剤師修学資金貸付要綱に基づき修学資金の貸付けを受けることになったときは、本要綱の規定を遵守し、薬剤師国家試験合格後に深川市長が指定する医療機関において、所定の期間を勤務すること、事情により貸付を受けた修学資金の返還等が生じた場合には、遅滞なく返還することを誓約します。

注）申請者が未成年の場合は、法定代理人も署名し、押印すること。