

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条例第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

㊟

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条例に基づき、修学資金の貸付けを受けることになったときは、本条例の規定を遵守し、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、事情により貸付け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。

決 定 通 知 書

年 月 日

申請者 様

深川市長

印

深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例に基づく申請を受理し、審査の結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

以下、項目について通知します。

- 深川市立病院薬剤師修学資金貸付申請書を審査の結果、(適・否)とします。  
(施行規則第2条関係)  
貸付決定期間 年 月から 年 月まで ( カ月間)
- 深川市立病院薬剤師修学資金貸付期間延長申請書を審査の結果、(適・否)とします。  
(施行規則第6条関係)
- 深川市立病院薬剤師修学資金の返還の債務の免除をします。  
(施行規則第7条関係)
- 深川市立病院薬剤師修学資金返還金等減免申請書を審査の結果、  
(施行規則第9条関係) (違 約 金: 全部免除・一部免除・否)とします。  
免除額 円
- (施行規則第9条関係) (延 滞 金: 全部免除・一部免除・否)とします。  
免除額 円
- (施行規則第11条関係) (債 務: 全部減免・一部減免・否)とします。  
免除額 円
- 深川市立病院薬剤師修学資金返還猶予申請書を審査の結果、(適・否)とします。  
(施行規則第10条関係)

深川市立病院薬剤師修学資金借用証書

年 月 日

深川市長 様

借受者 住所

氏名

㊞

連帯保証人 住所

氏名

㊞

連帯保証人 住所

氏名

㊞

下記のとおり借用します。

なお、返還については、深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例の定めるところに従い、誠実に相違なく返還します。

借受額 月額 円

借受期間 年 月 から

カ月分

年 月 まで

総額 円

注) 連帯保証人の印鑑証明書を添付すること。

連帯保証人変更届出書

年 月 日

深川市長 様

住所  
借受者  
氏名

印

次のとおり連帯保証人の変更があったので、届出します。

	新連帯保証人	旧連帯保証人
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		
変 更 の 理 由		

上記、借受者に係る深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例の規定により貸付けられた修学資金に関しての一切の債務を連帯して保証します。

年 月 日

深川市長 様

新連帯保証人 氏 名

印

別記様式第6号（第6条関係）

深川市立病院薬剤師修学資金貸付期間延長申請書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ④

下記のとおり、深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例第6条第3項の規定による修学資金の貸付期間の延長を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

既決定の貸付期間                      年      月から                      年      月まで

延長したい貸付期間                      年      月から                      年      月まで

延長する理由

注) 申請の理由を証明する書類を添付すること。

深川市立病院薬剤師修学資金返還金等減免申請書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ㊟

下記のとおり深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例第9条第3項又は第11条の規定により返還金、違約金及び延滞金の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

- |            |   |
|------------|---|
| 1 借受者      |   |
| 2 返還金（貸付額） | 円 |
| 違約金        | 円 |
| 延滞金        | 円 |
| 3 減免申請額    | 円 |
| 4 申請の理由    |   |

注) 1 本人の申請が不可能な場合の申請者は、連帯保証人とする。  
2 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付すること。

深川市立病院薬剤師修学資金返還猶予申請書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ⑩

下記のとおり、深川市立病院薬剤師修学資金貸付条例第10条の規定により、修学資金の返還の債務の履行の猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

- 1 未返還額 円
  
- 2 猶予期間 年 月 日から 年 月 日まで カ月間
  
- 3 申請の理由



別記様式第9号（第12条関係）

氏 名 等 変 更 届 出 書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名

㊟

下記のとおり氏名（住所）を変更したので、届出します。

（旧）氏名又は住所

（新）氏名又は住所

注） 氏名の変更の場合は、戸籍抄本又はこれに代わる書面を添付すること。

別記様式第10号（第12条関係）

卒業（退学）届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名

印

次のとおり卒業（退学）したので、届出します。

卒業（退学）年月日 年 月 日

注）卒業の場合は、卒業証書の写しを添付すること。

別記様式第11号（第12条関係）

休学（停学・留年）届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ⑩

次のとおり休学した（停学の処分を受けた・留年した）ので、届出します。

- 1 休学（停学・留年）期間      年    月    日から    年    月    日まで
  
- 2 休学（停学・留年）理由

注) 休学が疾病によるものであるときは、医師の診断書を添付すること。

別記様式第12号（第12条関係）

復学届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所

申請者

氏 名

印

次のとおり復学したので、届出します。

復学年月日 年 月 日

別記様式第13号（第12条関係）

薬剤師免許取得届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名

印

下記のとおり薬剤師免許を取得したので、届出します。

薬剤師名簿登録番号 第 号

登録年月日 年 月 日

注) 薬剤師免許証の写しを添付すること。

勤務開始（終了）届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ⑩

下記のとおり深川市立病院での勤務を開始（終了）したので、届出します。

1 病院名称 深川市立病院

2 勤務開始（終了）年月日 年 月 日

---

上記の者は、深川市立病院において 年 月 日に勤務を開始（終了）した  
ことを証明します。

年 月 日

所在地  
名 称  
病院長 ⑩

別記様式第15号（第13条関係）

連帯保証人住所等変更届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
連帯保証人  
氏 名 ⑩  
(借受者の氏名 )

下記のとおり、住所（氏名、職業）を変更したので、届出します。

(新) 住 所  
氏 名  
職 業

(旧) 住 所  
氏 名  
職 業

※変更が生じた事項のみ記入ください。

別記様式第16号（第14条関係）

借受者死亡届出書

年 月 日

深川市長 様

住 所  
届出義務者  
氏 名

㊞

次のとおり、修学資金の借受者が死亡したので、届出します。

1 死亡した借受者の氏名

2 死亡年月日 年 月 日

3 死亡原因

注) 当該貸付けを受けた者の死亡診断書の写し、戸籍謄本又は戸籍抄本を添付すること。