

**新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院
看護学生修学資金 修学生募集要項（令和２年度）**

1 趣旨

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院（以下「魚沼基幹病院」という。）の助産師又は看護師（以下「看護職員」という。）の充足を目的として、卒業後に看護職員の資格を取得し、魚沼基幹病院において看護職員の業務に従事しようとする意思がある者に対して貸与を行うものです。

2 貸与月額及び募集人数

名 称	区 分	月 額	募集人数
一般貸与	助産師又は看護師の学校養成所（新潟県の内外は問わない。）に在学している者	50,000 円	12 名程度
特別貸与	新潟県外の助産師又は看護師の学校養成所に在学している者で、学業成績が極めて優秀な者	75,000 円	

※ 修学資金貸与の選考は修学生を決定するためのものであり、将来、魚沼基幹病院の職員として採用することを確約するものではありません。職員として採用されるためには、改めて採用試験を受験し合格する必要があります。

3 申請資格

令和２年４月１日以降、看護師等学校養成所（以下「養成施設」という。）に在学し、下記の（１）、（２）のいずれにも該当する生徒であること。

※ 基準に合致しても、選考の上、貸与が認められないこともあります。

（１）成績基準

１年生については、高等学校における学習成績の評定が、全履修科目について、平均した値が 3.2 以上（５段階評価）であること。（大検合格者は除く。）

２年生以上については、前年度までの養成施設の成績で、良以上又は B 以上が全履修科目数の 50%を超えること。

なお、５年一貫校の場合は、専攻課程の学年から貸与の対象となるため、前年度までの養成施設の成績で、良以上又は B 以上が全履修科目数の 50%を超えること。

（２）その他

卒業後、看護職員の資格を取得し、直ちに魚沼基幹病院において５年間継続して看護職員として業務に従事する意思があること。

注) 特別貸与

特別貸与を受ける者にあつては、県外の養成施設に在学しており、上記(2)を満たすほか、次の基準に該当すること。

[成績基準]

1年生については、高等学校における学習成績の評定が、全履修科目について、平均した値が4.5以上(5段階評価)であること。(大検合格者は除く。)

2年生以上については、前年度までの養成施設の成績で、良以上又はB以上が全履修科目数の90%以上であること

4 貸与の始期及び終期

令和2年4月分からその者の在学する養成施設の正規の最短修業年限の終期までとします。

5 提出する書類

(1) 修学資金貸与申請書

ア 連帯保証人は、連帯保証人氏名欄に2名とも自署し、実印を押印してください。

イ 連帯保証人は、1名は申請者の父母又はこれに代わって家計を支えている者とし、もう1名は第三者(別世帯の65歳未満の成年者で収入がある者)としてください。

ウ 新潟県外の養成施設に在学している者は、貸与月額が選択できるので、希望する貸与月額を○で囲んでください。

なお、特別貸与を希望しても認められないことがあります。その場合は第2希望として一般貸与を希望することができます。希望者は「希望する」を○で囲んでください。(希望しない場合は、「希望しない」を○で囲んでください。)

(2) 推薦書

在学している養成施設から推薦を受けてください。

養成施設から封書された推薦書を受け取り、開封せずに提出してください。(開封されたものは無効となります。)

(3) 申請者の住民票抄本

(4) 養成施設の成績証明書

1年生は出身高等学校所定の成績証明書。2年生以上は前年度までの成績証明書。

※養成施設の規則等のため、申請期日までに成績証明書を発行・提出できない場合は、一般財団法人新潟県地域医療推進機構 修学資金担当あてに御連絡ください。

(5) 連帯保証人の印鑑登録証明書

(6) 面接希望日調査票

6 申請期日

令和2年4月1日（水）から5月1日（金）まで *郵送の場合、5月1日(金)必着

7 提出先

下記宛先に提出してください。

<宛先> 〒949-7302

新潟県南魚沼市浦佐4132番地

魚沼基幹病院 事務部総務課 修学資金担当 あて

※ 朱書きで「修学資金貸与申請書 在中」と表書きしてください。

8 面接の実施、貸与者の決定及び通知

令和2年5月16日（土）、5月24日（日）のいずれかに面接を実施し、6月上旬頃に貸与者を決定し、通知する予定です。

●直接申請者に通知します。

9 修学資金の交付時期

初回の送金は令和2年6月末日の予定です。

※ 修学資金の貸与は令和2年4月分からとなります。

10 修学資金返還の免除要件

卒業後、1年6月以内に看護職員の資格を取得して、直ちに魚沼基幹病院に就職し、5年間継続して看護職員の業務に従事した場合のみ修学資金の返還が免除となります。

11 返還

上記10の免除要件を満たすことができなかった場合、直ちに一括又は貸与を受けた年月数以内での月賦により返還しなければなりません。

具体的には以下のような場合です。

※ 中途退学した場合

※ 卒業後、看護職員の資格を取得しなかった場合

※ 魚沼基幹病院の職員採用試験に不合格であった場合

※ 看護職員の免許取得後、直ちに魚沼基幹病院で看護職員として従事しない場合

※ 免除の要件を満たす前（勤務後5年以内）に魚沼基幹病院を中途退職した場合（天災、業務上の死亡等の場合を除く）

※ 転職等により魚沼基幹病院で勤務しなくなった場合

修学資金貸与申請書

年 月 日

一般財団法人新潟県地域医療推進機構
理事長 様

(写真貼付欄)

写真(※)を貼って
提出してください。

※縦4cm×横3cm
上半身・脱帽・正面
向きの、本人と確認
できるもの

住 所 〒

ふりがな
氏名・性別

Ⓜ 男・女

生年月日 年 月 日

電話番号

下記のとおり修学資金の貸与を受けたいので、新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院看護学生修学資金貸与事業実施要領第4条の規定により申請します。

なお、貸与を受けた場合は、卒業後、魚沼基幹病院において看護職員の業務に従事することを誓います。

記

養成施設名						年度入学
所在地	〒					第 学年
家族の状況 (主たる生計維持者に ○印を付けること。)	続柄	印	氏 名	年齢	職 業	
希望する貸与月額 (○印で囲むこと。)	一般貸与 50,000 円/月 特別貸与 75,000 円/月 ※特別貸与を希望して認められなかった場合、一般貸与を希望する 希望しない					
主たる生計維持者の住所		〒				
連 帯 保証人	氏名・生年月日		住所・連絡先		職 業	続柄
	年 月 日		〒 電話			
	年 月 日		〒 電話			

注1 特別貸与(月額75,000円)を希望する者は、貸与が認められないことがあるので、一般貸与につき、「希望する」又は「希望しない」のいずれかを○印で囲むこと。

注2 募集要項に定める提出書類(推薦書、調査書又は成績証明書など)を添付すること。

推 薦 書

1 氏名

生年月日 年 月 日 歳 男・女

2 学力判定 名中 位

3 推薦所見

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

一般財団法人新潟県地域医療推進機構 理事長 様

養成施設名

養成施設の長

印

※本書はすべて養成施設で記入してください。

※「2 学力判定」欄は、1年生の者にあつては入学試験の成績順位、2年生以上の者にあつては学業成績の順位を記入してください。

※「3 推薦所見」欄は、人物、成績、本人の就業意思等について記入してください。

※新潟県外の養成施設においては、封書した上で本人に渡してください。（開封されたものは無効とします。）

面接希望日調査票

氏名	
----	--

希望する面接日に○をつけてください。

会場：魚沼基幹病院（南魚沼市浦佐4132）

令和2年5月16日（土）	令和2年5月24日（日）	どちらでも可
--------------	--------------	--------