

令和3年度兵庫県社会福祉事業団 看護師修学資金貸与者募集要項（再募集）

兵庫県社会福祉事業団では、看護師確保を図るため、次のとおり令和3年度の貸与者を募集します。この制度は、修学資金の貸与を受けた者が、事業団の看護師として一定期間勤務した場合、修学資金の返還を免除されるものです。

1 募集人員・申請資格

募集人員	数名程度
申請資格	(1) 現在養成施設に在学している者のうち、令和4年度以降の養成施設卒業予定者 (通信制及び高等学校の高校課程（1年次～3年次）は除く) 【養成施設】 保健師助産師看護師法（以下「法」という。）第21条第1項に規定する大学、同条第2項に規定する学校及び同条第3項に規定する看護師養成所 (2) 養成施設を卒業後、看護師免許を取得し、直ちに当事業団に勤務する意思を有していること。

2 修学資金貸与額

貸与額	月額50,000円（年額600,000円）
貸与期間	養成施設における修学年限を貸与期間の上限とする。 (例) 大学（4年制）の場合：4年以内 短大（3年制）の場合：3年以内 大学（4年制）に在学している者が大学3年生から貸与を受ける場合：2年以内

3 修学資金の返還免除

返還免除	貸与を受けた者が養成施設を卒業し、看護師免許を取得後、直ちに当事業団で、貸与相当期間と同期間以上勤務した場合は修学資金の返還を免除する。
------	--

4 申請期間

申請期間	令和3年10月1日（金）～令和4年1月31日（月） <u>※ただし、申請期間内であっても、定員になり次第締め切ります。</u>
------	--

5 申請方法・必要書類・注意事項

申請方法	<p>申請にあたっては、次の書類を申請期間内に、兵庫県社会福祉事業団事務局人事管理課まで郵送により提出してください。<u>定員になり次第締め切りますので、申請書提出前に、必ずご連絡ください。</u></p> <p>※新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から、持参による申請は受け付けません。</p>
必要書類	<p>① 修学資金貸与申請書（様式第1号） ・連帯保証人が2名必要になります。 ※連帯保証人は独立の生計を営む成年者で、修学資金の貸与決定の際は、申請者と連帯し修学資金の返還債務を負担することになります。</p> <p>② 履歴書（写真を添付すること）</p> <p>③ 申請の前日2箇月以内に作成した健康診断書 【検査項目】 別添、身体検査書のとおり</p> <p>④ 養成施設入学後の学業成績証明書</p> <p>⑤ 在学する学年を記載した在学証明書</p> <p>⑥ 誓約書（様式第2号）</p> <p>⑦ 職務経歴書（職務経験のあるものに限る） ※上記様式については、兵庫県社会福祉事業団ホームページに添付しております。</p>
注意事項	<p>書類の記入にあたっては、記入漏れのないように注意し、黒ボールペンを使用して、楷書で明確に記入して下さい。</p>

6 選考試験

選考試験	<p>面接による選考を実施します。 選考試験の日時・場所については、別途申請者あてに連絡します。</p>
------	--

問い合わせ・お申込み先

〒651-2134 神戸市西区曙町1070

兵庫県社会福祉事業団事務局人事管理課

TEL:078-929-5655 FAX:078-929-5688

※詳細につきましては、兵庫県社会福祉事業団ホームページに記載しております。
(<http://www.hwc.or.jp/>)

様式第1号 (第3条関係)

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

申請者 氏 名

印

(本人)

修学資金貸与申請書

修学資金の貸与を受けたいので、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与要領第3条の規定により必要書類を添えて申請します。

本 人	ふりがな 氏 名	-----	養 成 施設名	学 科	
	生年月日及び年齢	年 月 日 (満 歳)		学年在学	
人	現住所及び 電話番号	〒 () -			
	帰省先住所及び 電話番号	〒 () -			
連 帯 保 証 人	氏 名	印	生年月日	年 月 日	
	住 所 電話番号	〒 () -		続 柄	
人	氏 名	印	生年月日	年 月 日	
	住 所 電話番号	〒 () -		続 柄	

添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 健康診断書 (申請の日前2箇月以内に作成したもの)
- (3) 養成施設入学後の学業成績証明書又はこれに準ずる証明書 (養成施設在学中の者に限る)
- (4) 養成施設の在学証明書
- (5) 誓約書 (様式第2号)

<注> 今回の申請にあたって、連帯保証人の押印については認印で可能としますが、修学資金の貸与決定後に、速やかに保証書 (様式第4号の3) に印鑑登録証明書を添付して提出いただくこととなります。

履 歴 書

(年 月 日現在)

ふりがな 本人氏名	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	印 性別	写真添付 (縦5cm、横4cm) 写真裏面に氏名を記載すること
現住所	〒 電 話 : () - 携帯電話 : - Eメール :		

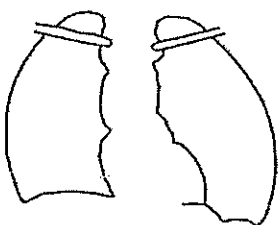
年	月	学 歴 ※学歴は高校卒業時より記入

兵庫県社会福祉事業団での勤務を希望する理由

氏名欄は戸籍上の氏名（外国籍の者は外国人登録済証明書記載の氏名とし、「通称名」も同時に登録してある場合は、どちらかを選んで、出願書類が同一の氏名で統一されていること）を記載して下さい。

※「性別」欄については、記載は任意です。未記載とすることも可能です。

身体検査書

(フリガナ)	()			男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (検査日現在 満 歳)	
身長	cm	既往歴		血液検査	貧血検査	赤血球数	万/mm ³
						血色素量	g/dl
体重	kg	自覚症状			肝機能検査	GOT	IU/l
						GPT	IU/l
						γ-GTP	IU/l
BMI	[体重(kg)/身長(m) ²]	他覚症状			血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dl
						HDLコレステロール	mg/dl
						トリグリセリド	mg/dl
腹囲	cm				糖代謝検査	血糖値	mg/dl
						HbA1c	%
血圧	mmHg			尿検査	蛋白質	- ± + ++ +++	
					糖	- ± + ++ +++	
視力	右(矯正)	()		ツベルクリン反応	+		
	左(矯正)	()			BCG施行の有無	有 無	
聴力	右 1000HZ 4000HZ	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり				
	左 1000HZ 4000HZ	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり				
心電図検査							
胸部エックス線検査 (直接撮影)						喀痰細菌検査	※必要があり実施した場合のみ記入
フィルム番号	No.						
現行疾患				総合判定	就労(可・不可)		
令和 年 月 日							
検査機関名							
診断医師名							
印							

備考 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入。

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

本人住所	
氏名	印
連帯保証人住所	
氏名	印
連帯保証人住所	
氏名	印

誓 約 書

修学資金貸与学生に御採用の上は、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則並びに同要領を守り、貸与学生としての品位を保つとともに、養成施設卒業後は、直ちに兵庫県社会福祉事業団に勤務することを誓います。

また、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則により、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、兵庫県社会福祉事業団看護師修学資金貸与規則並びに同要領に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担します。

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
職務経歴書

フリガナ		性別
氏名		男・女

【初めて従事した職歴から順に記入】

年	月	職務経歴 (勤務先・雇用形態・所属部署・役職・業務内容など)

本書のとおり、職務経歴書を提出します。
また、この職務経歴書の記載事項に相違ありません。
年 月 日

氏名 _____

印 (必ず署名・押印してください)