

医療従事者等養成奨学金募集

夢の実現を後押しします！

令和4年度

【募集期限】令和4年5月末日希望票必着

令和4年度

看護学生の方を募集します

①募集対象者など

【募集職種・人員】

看護師等医療関係従事者等を志し、医療従事者としての養成機関（専門学校、大学）などに在籍する者で、卒業後多古中央病院に勤務することを約する者

令和4年度募集…看護師の養成機関に在学する者 若干名

【貸付期間と額】

決定から正規に養成機関を修了する月まで、月5万円を貸し付けます。但し、貸付期間に相当する期間、多古中央病院に勤務することを条件に貸付金の返還は免除となります。

【選考方法】

面接により貸付を決定します。応募期限後、面接等を実施し貸付の採否を決定します。

②応募方法とお問合せ

希望する方は、所定の希望票に必要事項を記載のうえ、期限（令和4年5月末日）までに提出してください。希望者に対して選考（面接）を行い、貸付の有無を決定します。

貸付が決定した方は、後日正式に貸付関係の書類の提出をお願いします。

■内科・外科・整形外科・小児科・リハビリテーション科・放射線科・皮膚泌尿器科

国保多古中央病院

289-2241 香取郡多古町多古 388 番地 1
電話 0479-76-2211

(希望票)

国保多古中央病院薬剤師、看護師等医療関係従事者等養成奨学資金

希 望 票

国保多古中央病院長 様

国保多古中央病院薬剤師、看護師等医療関係従事者等養成奨学資金について希望します。

令和 年 月 日

ふりがな

希望者名 _____ 印

(生年月日 昭和・平成 年 月 日)

※自署の場合押印は不要です。

※今後の選考等にあたり下記について記載し送付ください。

学校名	学 校 名 学 部 学 科 名 学 年
職 種	資格取得を希望している職種に☑ <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師
住 所	〒
電話番号	(自宅・携帯電話)
同 意 欄	※20歳未満の場合は保護者等の同意の上希望してください。 奨学資金借り受けの応募に同意しています。 令和 年 月 日 保護者名 _____ 印 (続柄) ※自署の場合押印は不要です。

※奨学金を希望する方は学生証又は在籍証明書の写しとともに。この希望票を郵送ください。
応募期限後、選考についての通知を上記・住所に送付します。

送付先: 〒289-2241 香取郡多古町多古 388 番地1 国保多古中央病院 奨学金担当 宛