

平成 30 年度公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金の募集について

公益財団法人浜松市医療公社

公益財団法人浜松市医療公社（以下「公社」という。）の看護業務の充実を図るため、保健師、助産師及び看護師（以下「看護師等」という。）を養成する学校又は養成所（以下「養成施設」という。）に在学する学生で、卒業後、公社において看護師等の業務に従事しようとする者に修学交付金（以下「交付金」という。）を交付する制度です。

1. 名 称 公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金
2. 対 象 者 【平成 30 年度】
 - 平成 34 年 3 月卒業生 交付金を希望する学生
 - 平成 33 年 3 月卒業生 交付金を希望する学生
 - 平成 32 年 3 月卒業生 交付金を希望する学生
 - 平成 31 年 3 月卒業生 交付金を希望する学生
3. 募 集 人 数 平成 34 年 3 月卒業生 若干名
平成 33 年 3 月卒業生 若干名
平成 32 年 3 月卒業生 若干名
平成 31 年 3 月卒業生 40 名
4. 交 付 期 間 在学する養成施設における正規の修学期間内
5. 交 付 額 月額 30,000 円 （年間 360,000 円）
6. 返 還 免 除 交付金の交付を受けた期間に相当する期間を浜松医療センターにおいて、看護師等の業務に従事したとき
7. 交付金の申請 交付金の交付を希望する者は、次に掲げる書類を提出すること。
 - ①公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金交付申請書（様式第 1 号）
 - ②養成施設の在学証明書
 - ③住民票謄本※ 必要に応じて上記以外の書類を求める場合があります。
8. 募 集 期 間 平成 30 年 6 月 6 日（水）まで
9. 問い合わせ先 〒 432-8580 浜松市中区富塚町 328
浜松医療センター経営管理課事業管理係
電話 053-451-2703（直通）

様式第1号（第6条関係）

平成 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 様

申請者氏名



公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金交付申請書

公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金規則の規定により、次のとおり修学交付金の交付を受けたいので申請します。

写真貼付
3×2.4cm

本籍地		現住所	〒		
フリガナ 氏名			男女	生年月日	年 月 日 生
学校又は 養成所	名称			所在地	
	平成 年 月 入学			平成 年 月 卒業予定	
中学校 卒業後の 履歴	平成 年 月 日				中学校卒業
交付を受けようとする金額		月額	30,000円		
交付を受けようとする期間		平成 年 月 から 平成 年 月 まで			
家族の状 況（本人 を除く。）	氏名	年齢	続柄	職業及び勤務先等	

本人の電話番号 (- -)

家族の電話番号 (- -)