（様式第１号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局開設者****等指定申請書**

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会会長　様

（〒　　－　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　薬局開設者　住　所

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

　佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度指定薬局開設者等として指定を受けたいので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第２－１の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 許可番号 | Ａ第　　　　　　　号 | 有効期限 | 平成・令和　年　月　日 |
| 奨学金に関する照会**・**連絡先 | 担当者名 |  |
| 電　　話 | 　　　（　　） | ＦＡＸ | 　　　（　　） |
| メールアドレス |  |
| ホームページなど | 照会先？照会・連絡先？ |
| 備　　　　考 | 指定の順位： |

（添付書類）

薬局における事業等取組状況報告書（様式第２号）

誓約書（様式第３号）

※　この申請書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第２号）

**薬局における事業等取組状況報告書**

【申請薬局名　　　　　　　　　　　　 】　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №　 | 項　　　　　　　　　　目 | 判　　　定 | 該当項目 |
| 1 | 地域の休日又は夜間の協力体制に参加している（２４時間対応薬局を含む。） | 1. はい
 |  |
| 1. いいえ
 |
| ２ | 現在、在宅訪問（居宅療養も含む）を実施している、又は実施する予定である | 1. はい
 |  |
| 1. いいえ
 |
| ３ | セルフメディケーションのためにＯＴＣを販売している | 1. ５０品目以上
 |  |
| 1. ５０品目未満
 |
| ４ | 昨年度佐賀県薬剤師会事業に積極的に参加している。　　※事業例の詳細を「別紙」に記載してください。 | 1. １０事業以上
 |  |
| 1. １０事業未満
 |
| ５ | 過去３年間の佐賀県薬剤師会主催の生涯学習及び研修会に参加している　　（勤務する薬剤師のいずれか） | 1. ６回以上
 |  |
| 1. ６回以下
 |
| ６ | 薬学実務実習受入薬局である　　（認定実務実習指導薬剤師がいる） | 1. はい
 |  |
| 1. いいえ
 |
| ７ | 現在、健康サポート薬局の届出をしている又は将来的な届出を目指している | 1. はい
 |  |
| 1. いいえ
 |
| ８ | 現在、地域連携薬局若しくは専門医療機関連携薬局の認定取得している又は将来的な認定取得を目指している | 1. はい
 |  |
| 1. いいえ
 |

※この報告書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には

使用しません。

（様式第２号の別紙）

**薬局における事業等取組状況報告書**（別紙）

**＜事業取組状況報告書№４事業例＞**

　　　　　　注）現在、実施している事業の参加欄に「○☓」印を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 事　　　　　　　業 | 参　　加（○☓） |
| ① | 薬のふるさと佐賀事業「くすりのふるさと佐賀」展 |  |
| ② | 自然と薬草に親しむ集い |  |
| ③ | 「ダメ。ゼッタイ。」街頭キャンペーン |  |
| ④ | ピカピカリンク事業 |  |
| ⑤ | ＤＥＭ事業 |  |
| ⑥ | 退院時カンファレンス事業 |  |
| ⑦ | ヒヤリ・ハット報告提出 |  |
| ⑧ | ＪＰＡＬＳ参加 |  |
| ⑨ | 研修認定薬剤師 |  |
| ⑩ | 学校薬剤師 |  |
| ⑪ | スポーツファーマシスト |  |
| ⑫ | 禁煙サポート薬剤師 |  |
| ⑬ | 吸入療法サポート薬剤師 |  |
| ⑭ | 佐賀県薬剤師会学術大会 |  |
| ⑮ | 九州山口薬学大会 |  |
| ⑯ | 日本薬剤師会学術大会 |  |
| ⑰ | 薬事講演会講師 |  |
| ⑱ | 地域薬剤師会総会 |  |
| ⑲ | 県薬主催スポーツレクリエーション |  |

（様式第３号）

**誓　約　書**

令和 　 年 　 月 　 日

佐賀県薬剤師会会長　様

住 　所

法 人 名

代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度に参加するにあたり、下記のとおり遵守することを誓います。

記

１　奨学生推薦時に提示する労働条件通知書と就職時の雇用条件通知書の内容に相違ないことを奨学生と相互に確認し、雇用条件等について必ず説明責任を果たします。

２　本制度を利用して採用した薬剤師を奨学金返還全額免除となるまでの期間のうちに本人又は会社の都合で、指定薬局以外の店舗へ異動させる場合は、事前に奨学生の同意を得て貴会に勤務先の変更願をあらかじめ提出し、奨学金審査会の承認を得て異動させます。

３ 奨学生の雇用については、労働基準法を遵守します。

４ 上記に違反をした場合、これにより奨学生及び貴会が被った一切の損害を賠償します。

※　この誓約書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第４号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局開設者****等指定通知書**

令和　　年　　月　　日

（指定薬局開設者）　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県薬剤師会会長

　第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第２－２－(2)の規定により、佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度指定薬局開設者及び指定薬局として指定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 許可番号 | Ａ第　　　　　　　号 | 有効期限 | 平成・令和　年　　月　　日 |

※奨学金制度についての疑義・相談等については、県薬剤師会にご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel：０９５２－２３－８９３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：０９５２－２３－８９４１

※　この通知書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用してはいけません。

（様式第５号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局開設者等一覧表**

令和　年　月現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 指定薬局の名称 | 薬局所在地（市町） | 指定薬局開設者 | 奨学金制度 照会・連絡先 | ホームページ |
| 担当者名 | 電話番号 | ＦＡＸ番号 | メールアドレス |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（様式第６号）

**薬剤師奨学金制度エントリーシート**

令和　年　 月　 日記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　　名 | （　　　 　　　　　　　）　　　　　　　　　 | 平成　 年 　月　 日生　　　　　　　　　　才 | 性別 | 　　　写　真 |
| （フリガナ）現　住　所 | （　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）〒　　‐ |
| E-mail |  | 携　帯 |  |
| 大　学　名 |  　　大学　 学部　 年生・４年卒 |
| 大　学　院 | 　　　大学大学院　 年生 | 薬剤師免許 | 有(第　　　　　　　号)　・　無 |
| 卒業高校名 | 　　　　　 高校　　　　　平成　　　年　　　月 卒業　 |
| 親等氏名 |  | TEL | 　（　　　　） |
| 親等住所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師を目指す動機 |  |
| 薬剤師として行いたいこと |  |
| 県内のどのような薬局を希望しますか |  |
| 奨学金の必要性 |  |
| 自由に記載（あなたの自己PR　　・趣味、特技等） |  |

注１）親等は、父、母又は親権者のいずれか一人でよい。

　注２）マッチングセミナー参加者のエントリーシートは、８月１日からマッチングセミナー開催日までに提出することが望ましい。

　注３）マッチングセミナー開催日以後の奨学金制度応募のための受付は１月３１日までですができる限り早めに提出してください。

※　このエントリーシートは、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

(様式第７号)

**薬剤師奨学金制度エントリーシート取下願**

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　薬学生等　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　薬剤師奨学金の貸与希望を辞退したいので第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第３－２－(1)の規定により、届出します。

※　この願書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第８号）

**薬剤師奨学金制度マッチングセミナー　参加申込書**

令和　　　年　　　月　　　日記入

* エントリーシート提出済

↑提出済の場合は□欄にレ印を記入し、以下は「氏名」、「携帯電話等」のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 平成　　 年　 　月　　 日生男　・　女　　　　　　才 |
| 氏　名 |  |
| 現住所 | (〒　　　　- ) |
| 帰省先 | (〒　　　- ) |
| 携帯電話等 |  |
| E-mail |  |
| 大 学 名 | 大学　　　　　　　　 学部　　　　 年生 |
| 大学院名 | 大学大学院　　　　　 年生 |
| 卒業高校名 | 高校　　　　　　　　 平成　　 　　　年卒業　 |
| 参　加　者 | 薬学生（来年度から希望・将来希望）、親等親族、学校関係者、その他 |
| その他（聞きたいことがあればご記入ください） |

* **申込み期限　8月1日から開催日当日まで**

　　　　　　　　　　　　申込み先　**一般社団法人佐賀県薬剤師会**

**〒840-0027　佐賀市本庄町大字本庄1269-1**

**FAX 0952-23-8941**

**e-mail****info@sagayaku.or.jp**

※　この申込書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第９号）

**薬剤師奨学金制度指定薬局紹介**

令和　　年　　月　作成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名称 |  | 薬局の場所（大まかな場所がわかる地図） |
| 所在地 |  |
| H　P |  |
| 奨学金に関する連絡先 | 担当者名 |  |
| 電　話 | 　　　　（　　　） |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 薬局の理念・方針 |  |
| 指定薬局の概要 | 営業時間、勤務職員数（職種別内訳）等 |
| 指定薬局の在宅訪問等、地域医療への貢献 | 24時間対応、地域ケア会議への参加、在宅訪問（居宅療養）の実施等、具体的な実施内容を書いてください |
| 指定薬局の紹介 (外観写真、薬局薬剤師からのメッセージ等） |  |
| 薬学生へのＰＲ |  |

※　県薬のホームページに掲載を　　・同意します　　・同意しません

（様式第１０号）

労働条件通知書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　住 　所法 人 名代表者名 |
| 雇用期間 | 令和　　年　　　月　～　退職日まで |
| 勤務場所 | 指定薬局の名称所在地 |
| 仕事の内容 | 保険調剤、OTC販売、薬局製剤など |
| 勤務時間帯 | 具体的に月曜～金曜（８：３０～１７：３０）　　土曜（８：３０～１２：３０） |
| 休　　日 | 年間　　　日（日曜、祝日、年末年始など）変形労働時間制を採用している場合は、週（月、年）の労働時間も明記 |
| 所定外労働 | １　所定外労働させることが（　有　/　無　）　→（最大　　　時間程度）２　休日労働させることが（　有　/　無　）　→（最大　　　　時間程度） |
| 休　　暇 | ・有給休暇（勤務半年後から　　日付与）　・産休、育休（　　　）　・リフレッシュ休暇（　　　）　・その他 |
| 賃　　金 | １　基本給　・月給（　　　　　　円/月） 　・年棒制（　　　　　　　円/年）２　諸手当　・交通費（　　　　　円/月） ・住宅手当（　　　　　　円/月）・薬剤師資格手当（　　　円/月）・薬剤師会会員費支給（有・無）　　　　　　　　・諸々の資格手当（実務実習指導薬剤師、糖尿病療養指導士など）　　　　　　　　※申請諸費用（有・無）・教育研修費（学会参加、宿泊費、交通費、生涯学習参加費など） ３　所定外労働等に対する割増率イ　　所定外　a　法定超（　　　％）　b　所定外（　　　　％）　　ロ　　休 日　 a　法定　（　　　　％）　b　法定外（　　　　％）　c 深　夜（　　　　％）４　賃金締切日（毎月　　　　日）５　賃金支払日（毎月　　　　日）６　賃金支払時の控除　　→（費目、金額等　　　　　　　　　　　　　　　　）８　昇給（　有　/　無　）　　→（時期、金額等　　　　　　　　　　　　　）９　退職金（ 有 / 無 ）　 →（時期、金額等　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退職に関する事項 | ・自己都合により退職を希望する場合には、少なくとも３０日前迄に届け出ること・定年満　　　歳　再雇用制度有り・労務規定を著しく乱す行為があった場合、解雇を言い渡すことがある。・経営状態が著しく低下し、その存続が難しくなった場合解雇を言い渡すことがある。 |
| 福利厚生等 | １ 　社会保険加入(　有・無 　) 　　　 ２　雇用保険加入(　有・無 　) 　３　薬剤師賠償保険加入(　有・無 　) 　４　労務規定（　有・無　）　５　退職金規定（　有・無　）　　　　　６　慶弔規定（　有・無　）７　人事考課評価制度（　有・無　）　　８　福利厚生（具体的に） |
| 特記事項 | 社内研修のため勤務先の異動がある。 |

　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

上記内容について説明を受け承諾しました。

貸与希望薬学生等署名（自署）

※この様式及び内容は、適宜変更してもかまいません。

（様式第１１号）

薬剤師奨学金貸与希望薬学生等推薦書

佐賀県薬剤師会会長　様

令和　　　年　　　月　　　日

指定薬局開設者　　住 　所

法 人 名

代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

　　薬剤師奨学金の貸与を希望しますので第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領

　　第５－１－(1)の規定により、推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 | 平成　　　年　　月　　日生　　　　　　　　　才 | 性別　　 |
| （フリガナ）現　住　所 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〒　　－ |
| E-mail |  | 携帯 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 奨学金に関する連絡先 | 担当者名 |  |
| 電　　話 | 　　　（　　） | ＦＡＸ | （　　） |
| 特記事項 |  |

（添付書類）

※「労働条件通知書」（様式第１０号）を添付

※　この推薦書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

(様式第１２号)

**薬剤師奨学金貸与申請書**

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　薬学生等　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　薬剤師奨学金の貸与を希望しますので第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領

　　第６－１－(1)の規定により、申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 | 平成　　年　　月　　日生　　　　　　　　　　　才 | 性別 |
| （フリガナ）現　住　所 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〒　　－ |
| E-mail |  | 携帯 |  |
| 大　学　名 | 　 　　大学　　　 　学部　　年生・４年卒 |
| 大　学　院 | 　 　　大学大学院　　 年生 | 薬剤師免許 | 有(第　　　　　号)・無 |
| 卒業高校名 | 　　　　　　　　　　　　　高校　　　　　平成　　年　　月 卒業 |
| 親等氏名 |  | TEL | 　（　　　　） |
| 住　　　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 指定薬局開 設 者 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 奨学金に関する連絡先 | 担当者名 |  |
| 電　　話 | 　　　（　　） | ＦＡＸ | （　　） |
| 備　　　　考 |  |

（添付書類）

①親等が佐賀県内在住の場合は親等の住民票（一人でよい。）

②在学証明書（原則として学年を記載したもの。）

③大学からの推薦書

④成績証明書（第１－３－(1)－①－アに該当する者は１年生から前学年までの分、第１－３－(1)－①－イに該当する者で大学院に修学中の者は４年制薬学課程の分及び大学院の前学年の分、修士課程を卒業した者は４年制薬学課程及び修士課程の全部の分。ただし、前学年の成績証明書の交付が間に合わない大学又は大学院については、前々学年までの成績証明書とする。）

⑤薬剤師免許証取得者は免許証の写し（上記①②の書類は必要、③④の書類は不要）

　注）申請書は、４月末日までに提出してください。４月末日までに申請がない場合は、辞退したものとみなします。

※　この申請書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第１３号）(推薦書ひな型）

**薬剤師奨学金制度薬学生等推薦書**

|  |  |
| --- | --- |
| 大学／大学院名 | 　　　　　　　　　　　　大学／大学院　　　　　　　　　学部 |
| (フリガナ)氏　　　名 |  | 入学年月 | 平成・令和　年　月 |
|  | 卒業予定年月 | 令和　年　 月 |
| 在学年 | 第　　　　　学年 |
| 生 年 月 日 | 平成 　年　 月　 日生　 　　才 | 学籍番号 | 第　　　　　　号 |
| 健康状態 | ①　修学に十分耐えうると認められる者  |  □適 |
| ②　卒業後、薬局において業務を十分行うことができると見込まれる者  |  □適 |
| 健康上の特記事項（任意記入） |  |
| 推薦事由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| その他意見 | （申請者の人物評価等その他：任意記入） |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 　上記の者は、第３期\_佐賀県薬剤師会奨学金制度の薬剤師奨学金貸与者として適当と認められますので推薦します。 　　令和　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　　　　　大学／大学院の学長、学部長等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印一般社団法人佐賀県薬剤師会会長　　様 |

※　この様式にかかわらず、様式は自由です。

※　この推薦書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第１４号）

**薬剤師奨学金貸与決定通知書**

令和　　年　　月　　日

（薬学生等）　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県薬剤師会会長

　薬剤師奨学金貸与を決定しましたので第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第６－１－(3)の規定により、通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 | 　平成　　年　　月　　日生　　　　　　　　　　　才 | 性別 |
| （ふりがな）現　住　所 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 大　学　名 | 　　大学　　学部　年生・４年卒 | 大学院 | 　　　　　大学　　大学院　　年生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 指定薬局開 設 者 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |

※奨学金制度についての疑義・相談等については、県薬剤師会にご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel：０９５２－２３－８９３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：０９５２－２３－８９４１

※　この通知書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用してはいけません。

（様式第１５号）

令和　年　月　日

指定薬局開設者　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金貸与決定について（通知）

令和　　年　　月　　日付で別添「「薬剤師奨学金貸与決定通知書」のとおり通知しましたので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第６－１－(3)の規定により通知します。

記

薬学生等　氏名

（留意事項）

「薬剤師奨学金貸与契約書」（様式第１８号）につきましては、奨学生から提出された後、下記に留意のうえ提出をお願いします。

１　契約書作成時の注意

契約書の「丙」の欄に記入押印、契約書（本文）の所定の場所(裏面)に割印をお願いします。

また、の指定のところに収入印紙を貼付し割印ください。

２　提出書類

契約書３部（薬剤師会保管用、指定薬局保管用、貸与奨学生保管用）、

薬学生から提出された保証人の印鑑証明書各１部（２名分）

３　提出期限　 令和　　年５月３１日（　）必着

４　提出先　 佐賀県薬剤師会へ持参してください。

５　負担金の納入

令和　　年度分負担金　60万円×新規の学生　　名と継続の学生　　名

合計　　名の負担金を次の口座に振り込んでください。

　　　　　　　　振込先　　　佐賀銀行　与賀町支店　普通預金　2061517

　　　　　　　　口座名義　　一般社団法人佐賀県薬剤師会 会長　佛坂　浩

振込期限　　令和　　年５月３１日

※振込手数料はご負担ください

（様式第１６号）

令和　年　月　日

（薬学生等）　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金貸与不合格について（通知）

令和　　年　　月　　日付で薬剤師奨学金貸与について不合格となりましたので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第６－１－(4)の規定により通知します。

※奨学金制度についての疑義・相談等については、県薬剤師会にご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel：０９５２－２３－８９３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：０９５２－２３－８９４１

（様式第１７号）

令和　年　月　日

指定薬局開設者　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金貸与不合格について（通知）

令和　　年　　月　　日付で薬剤師奨学金貸与について不合格となりましたので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第６－１－(4)の規定により通知します。

記

　　　　　　　　　　　　　薬学生等　氏名

（様式第１８号）

収入印紙

(2,000円)

**薬剤師奨学金貸与契約書**

一般社団法人 佐賀県薬剤師会（以下「甲」という。）、（薬学生等氏名）（以下「乙」という。）

及び（奨学金決定薬局開設者）（以下「丙」という。）は、次のとおり契約を締結する。

（総則）

第１条　甲乙丙の三者は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領（以下「要領」という。）に従い、誠実に契約を履行しなければならない。

（甲の責務）

第２条　甲は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度（以下「本制度」という。）の円滑な実施について、責任を持って遂行しなければならない。

（乙の責務）

第３条　乙は本制度の趣旨を理解し、勉学に励み、地域医療を担う薬剤師となる自覚を持って、日々行動しなければならない。

２　乙は、丙と日ごろから連絡を取り合い、丙から履修状況の報告の求めがあった場合や、要領第９－１－(1)に規定する変更等届の各項目に該当する事由が発生したときは、直ちに丙へ報告するとともに「奨学生変更等届出書」を甲に提出しなければならない。

（丙の責務）

第４条　丙は、乙と日ごろから連絡を取り合い、乙の大学（大学院）での履修状況を確認するとともに、要領第９－１－(1)に規定する変更等届の各項目に該当する事由が発生したことを把握したときは、直ちに甲へ報告しなければならない。

（奨学金の貸与等）

第５条　甲は、乙に対し、次の各号に定めるところにより奨学金を貸与する。

　　(1)　貸与金額　月額１０万円

　　(2)　貸与期間　令和　　年４月１日～令和　　年３月３１日まで（　　年間）

（奨学金の支払）

第６条　甲は、奨学金を毎月初旬に乙の指定する金融機関口座に振り込むこととする。ただし、４月から６月分については、一括して６月に振り込むこととする。

２　前項の規定にかかわらず継続して２年目の貸与については、毎月初旬に振り込むこととする。

（奨学金の返還）

第７条　乙は、要領第８－１－(1)に規定する返還事項に該当する場合には、要領に基づき奨学金を甲に返還しなければならない。

　２　丙は、要領第８－４に規定する返還事項に該当する場合には、要領に基づき奨学金を甲に返還しなければならない。

　３　返還時期は、乙は要領第８－１－(4)に定める時期とし、丙はこれを準用する。

（返還方法）

第８条　前条の規定による返還が生じたときは、甲は乙又は丙に対して、乙又は丙が返還すべき奨学金及びその返済方法を通知し、乙又は丙は、通知に記載された金額及び返済方法により甲の指定する金融機関口座に振り込まなければならない。

（返還の免除）

第９条　甲は、第７条の規定にかかわらず、要領第８－２－(1)－①に規定する事項に該当する場合には、乙が返還すべき奨学金の全部を免除する。

　　　なお、本契約において、要領第８－２－(1)－①－アに規定する「奨学金決定薬局」とは別表のとおりとする。

２　甲は、要領第８－２－(1)－②の規定に該当する場合は、返還すべき奨学金の一部を免除する。

（三者による協議）

第１０条　本契約書に記載のない事項については、要領に定める規定を適用する。また、本契約又は要領に係る疑義が生じたときは、甲乙丙の三者が誠意をもって協議する。

（奨学金制度審査会への審議依頼）

第１１条　乙又は丙は、疑義が生じたときは、要領第１－６に定める佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度審査会へ審議を依頼することができる。

（連帯保証人）

第１２条　乙は、本契約及び要領に定める乙の一切の責務に対して乙と連帯して責任を負う保証人を２名立てなければならない。当該連帯保証人は乙と連帯して債務を履行するものとする。

（奨学金貸与の継続）

第１３条　第５条（２）に定める貸与期間が２年間である場合は、２年目の４月に乙が在学証明書（原則として学年を記載したもの。）を甲に提出し、甲は乙が前学年から進級したことを確認すれば２年目の奨学金貸与を継続するものとする。なお、乙が前学年から進級していなければ要領第７－５の規定により奨学金の貸与を廃止する。

（個人情報の保護）

第１４条　甲及び丙は、この契約によって知り得た乙に係る個人情報について、適切な安全対策を実施し、不正にアクセス、改ざん、破壊、漏洩、紛失などを防止するために合理的な措置を講じ、第三者に漏らしてはならない。

（別表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 奨学金決定薬　　局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 許可番号 | Ａ第　　　　　　　号 | 有効期限 | 平成・令和　年　　月　　日 |

　　この契約の締結を証するために本契約書３通を作成し、甲、乙及び丙が記名押印のうえ、

各自１通を保有するものとする。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　甲　　住　所　佐賀市本庄町大字本庄1269番地1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　一般社団法人佐賀県薬剤師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長

印

　　　　　　　　　　　　　　　乙　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　丙　　住　所

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　乙の連帯保証人　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（乙との続柄：　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　乙の連帯保証人　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（乙との続柄：　　　　　　　　　　）

（注）

　　１　連帯保証人２名のうち１名は親等とし、もう１名は原則として三親等以内の親族とする。

　　２　連帯保証人２名は、実印を押印し、印鑑証明書を添付すること。

※この契約書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第１９号）

**薬剤師奨学金振込口座**

令和　年　月　日

佐賀県薬剤師会会長　様

奨学金の振込みは、下記の銀行口座を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） | 　 |
| 氏　　　名 | 　 |
| 住　　　所 | 　 |
| 大　学　名又は大 学 院 名 | 　　　　　　　大　学大学院 | 学　年 | 　年生 |
| 銀　行　名 | 　　　　銀行 | 支　店 | 支店 |
| 口　　　座 | 　普通／当座　　　番号　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 名義（ｶﾀｶﾅ） | （奨学生本人名義の口座とすること）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　※振込み先通帳の写しは、通帳を１枚めくった銀行印が押印されているページを添付してください

（金融機関名・支店名・口座番号・口座名義が記載されているページ）

* この様式は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第２０号）

奨学金返還申出書

令和　　年　　月　　日

　　佐賀県薬剤師会会長　　様

住　　　所；

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奨学生氏名；

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（携帯）:

住　　　所；

 　　　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人；

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（携帯）:

わたくし（奨学生等氏名）は、佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度を利用し奨学金を受給しましたが、

要領に記載された期間内に薬剤師国家試験に合格しなかったので（薬剤師免許取得後、奨学金決定薬局に奨学金貸与期間の１．５倍に相当する期間以上勤務しなかったので）、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第８－１－(2）の規定により下記のとおり奨学金の返還について申出ます。

なお、返還金については、連帯保証人(個人名を入れます) が支払うことといたしたく、連署をもって申し出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給期間 | 令和　　年４月１０日～令和　　年３月３１日 |
| 受 給 額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 返還理由 | □薬剤師国家試験に不合格のため |
| □退職したため |
|  | 退 職 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 実質勤務期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　年　か月） |
| 返還対象額 | 　　　　　　　　　　円　（返還額計算：　　　　　円 ✕　　か月／　　か月）※月割り計算とします。 |
| 返還対象期間 | 令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月まで（　　　か月） |
| 変換方法 | □一括返還とし、令和　　年　　月末までに指定口座に入金します。□月賦返済とし、令和　　年　　月～　　月末までに指定口座に入金します。　　１回目：　　　　　　　円　２回目以降：　　　　円　とします。 |
| 備　　考 |  |

　　※注　四角には該当する方にレ点を記載してください。

* この様式は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第２１号）

**薬剤師奨学金返還通知書**

令和　　年　　月　　日

（奨学生）　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県薬剤師会会長

　第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学資金制度実施要領第８－１－(3)の規定により、奨学金の返還について通知します。

　なお、この返還請求に疑義がある場合は、要領第１－６に定める第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度審査会に申し立てすることができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 返　　還　　額 | 　　　円 |
| 返　還　期　日 | 令和　年　月　日まで |
| 返還額の詳細計算及び返還方法 |  |
| 特　記　事　項 | 　佐賀銀行　与賀町支店　普通預金　　口座番号　　　　　　　　　　　　一般社団法人佐賀県薬剤師会　　会長　　　　（ ｶｲﾁｮｳ 　　　　　） |

（注）返還額は、円未満は切り捨てる。

※奨学金制度についての疑義・相談等については、県薬剤師会にご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel：０９５２－２３－８９３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：０９５２－２３－８９４１

※　この通知書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用してはいけません。

（様式第２２号）

令和　　年　　月　　日

佐賀県薬務課長　様

奨学金決定薬局開設者　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金にかかる返還について（通知）

令和　　年　　月　　日付で別添「薬剤師奨学金返還通知書」のとおり薬剤師奨学金（一部）返還を決定しましたので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第８－１－(3)の規定により通知します。

記

　　　　　　　　薬剤師奨学金返還者　氏名

（様式第２３号）

**薬剤師奨学金返還免除決定通知書**

令和　　年　　月　　日

（奨学生）　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県薬剤師会会長

　令和　　年　　月　　日付けで薬剤師奨学金返還免除を決定しましたので、佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第8－2－(3)の規定により通知します。

（様式第２４号）

令和　　年　　月　　日

奨学金決定薬局開設者　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金返還免除について（通知）

　令和　　年　　月　　日付けで薬剤師奨学金返還免除を決定しましたので、佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第8－2－(3)の規定により通知します。

記

　　　　　　　　　　薬剤師奨学金返還免除者氏名

（様式第２５号）

令和　　年　　月　　日

（奨学生）　　　様

佐賀県薬剤師会会長

薬剤師奨学金返還猶予について（通知）

　　下記のとおり薬剤師奨学金返還猶予を決定しましたので、佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第8－３－(3)の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　返還を要する金額 |  |
| ２　当初返還期日 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| ３　猶予後の返還期日 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |

（様式第２６号）

**奨学生変更等届出書**

令和　　年　　月　　日

佐賀県薬剤師会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　奨学生　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話：　　　　　　　　　　　　　　　）

（届出義務者）

（続柄）

　次のとおり変更等があったので第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第９－１の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

　なお、奨学金の返還が必要な場合には、要領の規定を遵守し、すみやかに返還することを誓います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更等届出事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 氏名・住所連帯保証人 |  |  |
| 届出事項 | 内　　　　容 |
| 奨学金貸与期間中 | 休学　留年　卒業延期停学処分退学処分自主退学　奨学金の貸与辞退心身の故障国家試験不合格等その他 |  |
| 薬局勤務 | 勤務先の薬局病休・産休退職その他 |  |
| 届出事項が生じた理由 |  |
| 変更等年月日 | 　令和　　年　　月　　日 |
| 備　　考 |  |

（注）

１　変更等事項は、該当するいずれかを○印で囲んでください。

２　奨学生が死亡したときは、届出義務者（親等又は連帯保証人）が届出書を提出してください。

（添付書類）

　1　変更等を証する書類の写し（第８－２－(1)－①－イ、２－(1)－②又は２－(2)に規定する奨学金の返還の免除を受けようとする場合に限る。）

　※　この変更等届出書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第２７号）

**薬局勤務開始(満了)届出書**

令和　　年　　月　　日

佐賀県薬剤師会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　奨学生　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話：　　　　　　　　　　　　　　　）

　第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第９－２の規定により、薬局の勤務を開始（満了）したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 薬局名・支店名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 勤　務 | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 満了年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 勤務先の薬局開設者の法人名・代表者名 | 上記のとおり、相違ないことを証します。　　（法人名）　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　 |
| 労働条件通知書 | * 変更なし　　□ 変更あり
 |
| 備　　考 |  |

（注）奨学金返還免除を受けるための算定上の開始日は、原則として薬剤師国家試験に合格した年の４月１日又は薬剤師免許を取得している大学院生は大学院卒業後とします。

（添付書類）

※勤務開始にあたっての労働条件について、奨学生の推薦時に説明を受けた労働条件通知書の内容から変更がある場合は、変更後の「労働条件通知書」（様式10）を添付

　※　この届出書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

（様式第２８号）

**奨学生にかかる変更事前申出書**

令和　　年　　月　　日

佐賀県薬剤師会会長　様

 奨学金決定薬局開設者　住 　所

法 人 名

代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

（担当者名：　　　　　　　　　　　　　　）

（電　　話：　　　　　　　　　　　　　　）

　次のとおり変更等したいので、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領第９－３の規定により、関係書類を添えてあらかじめ申し出ます。

　なお、奨学金の返還が必要な場合には、要領の規定を遵守し、すみやかに返還することを誓います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更等届出事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 勤務先の薬局 |  |  |
| 届出事項 | 内　　　　　容 |
| 病　休産　休その他 |  |
| 届出事項が生じた理由 |  |
| 奨学生の承諾等 |  |
| 変更等年月日 | 　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |
| 備　　考 |  |

（注）変更等事項は、該当するいずれかを○印で囲んでください。