

2025年度 奨学金返還補助制度募集要項

この制度は、旭川赤十字病院に入職される薬剤師に対して、奨学金返還の一部を助成するものです。

1. 対象者 新卒薬剤師
2025年4月に当院へ入職される新卒薬剤師で、大学在籍期間中に「独立行政法人日本学生支援機構（JASSO）等」の公的機関の貸与型奨学金を受け、奨学金の返還義務がある方を対象とします。
2. 定員 1名
3. 補助額 月額 50,000円（上限）
4. 支給期間 最長6年
 【支給例1】奨学金借入額 5,000,000円
 5,000,000円÷12ヶ月÷6年＝月額 50,000円（上限）
 【支給例2】奨学金借入額 3,600,000円
 3,600,000円÷12ヶ月÷6年＝月額 50,000円（上限）
 【支給例3】奨学金借入額 2,520,000円
 2,500,000円÷12ヶ月÷6年＝月額 34,000円（100円未満切捨て）

支給期間中に退職された場合、その時点で返還補助制度も終了しますが、返還義務はありません。

一時金として、一括での支給を希望される場合はご相談下さい。

※一括での支給は、一定期間（6年）以上お勤めいただけない場合、当院規程により全額を一括返済していただきます。

5. 支給方法 給与支払口座へ毎月、25日に支給します。
6. 応募方法 当院の採用試験応募に合わせて、下記の書類を提出して下さい。
 （入職後の申請は受付できません）
 1) 奨学金返還補助申請書（別紙1）
 2) 奨学金の借入総額と返還額が分かる書類（奨学金受給証明書等）
7. 選考方法 採用試験と併せて選考し、内定した場合は別紙2により通知します。

8. 出願先及び連絡先

〒070-8530 旭川市曙1条1丁目1番1号
旭川赤十字病院 事務部 職員課
Tel 0166-22-8111 内線 2415 又は 2416

奨学金返還補助申請書

旭川赤十字病院
院長 牧野 憲一 様

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 印

住所 〒

電話番号

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しています。奨学金の返還に際し、旭川赤十字病院に就職し、奨学金返還補助の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1. 出身大学・学部・学科

在 籍 (見込) 期 間

_____ 年 _____ 月 入学

_____ 年 _____ 月 卒業 (見込)

2. 奨学金の実施主体・名称

返還が必要な奨学金の借入総額
(利息・保証料除く)

_____ 円

3. 支給方法 (どちらか○で囲んで下さい)

分割 ・ 一括

※返還義務のある奨学金の貸与を受けていること、および、その借入総額、返済額等が分かる書類を添付すること。