

奨学金制度のお知らせ

地方独立行政法人桑名市総合医療センター

(桑名西医療センター) では

看護学生さんを対象に奨学金の貸与を行っております。

看護学生奨学金制度の概要

1. 貸与金額 月額 70,000 円
2. 貸与対象 看護専門学校または看護系大学の学生
3. 貸与期間 在学期間中
*年度途中でも適用いたします。
4. 貸与中止 退学等の場合は中止となります。
5. 返還免除 免許取得後、貸与を受けた期間に相当する期間を超えて
当院に勤務したときは全額免除となります。



地方独立行政法人桑名市総合医療センター

桑名西医療センター

~KUWANA WEST MEDICAL CENTER~

患者さまの
笑顔のために
がんばります

◆資料請求・お問い合わせ先

〒511-0819 三重県桑名市北別所 416-1 <http://hospital.city.kuwana.lg.jp>

TEL : 0594-22-7111 (副院長 柳川智子) E-mail:t-yanagawa@kuwana.sakura.ne.jp



新病院イメージ図

看護への道をめざす方へ

看護への道をめざす理由には、幼い頃からの憧れであったり、一生の資格を得るためであったり、人の役に立つ仕事がしたい等いろいろな理由があると思います。看護の道は、決してやさしい道ではありませんが、やりがいのある仕事です。

人をいつくしむ心、看護の心を持つあなたに、看護学校進学のための奨学金制度をご活用頂けたらと考えております。

桑名西医療センターの今後

平成 24 年 4 月に地方独立行政法人桑名市民院と医療法人山本総合病院は、地方独立行政法人桑名市総合医療センターとして統合し、今後 3 年間は、桑名西医療センター（旧桑名市民病院）、桑名南医療センター（旧桑名市民病院分院）、桑名東医療センター（旧山本総合病院）として 3 病院で運営を行っていきます。

平成 27 年度には桑名市総合医療センターとして、400 床規模の二次医療が完結できる新病院を建設予定です。



様式第1号（第5条、第8条、第16条関係）

看護職員修学資金申請書

年 月 日

（あて先）地方独立行政法人桑名市総合医療センター理事長

申請者氏名 印

地方独立行政法人桑名市総合医療センター看護職員修学資金貸与規程の規定により、次のとおり申請します。

申請目的		貸与		辞退		返還猶予		返還免除		
申請に関する期間		年 月から		年 月まで						
本人	現住所									
	ふりがな氏名									
	生年月日									
	在学している養成施設	名称		入学(入所)年 月	年 月	所在地		卒業予定年 月	年 月	
連帯保証人	上記の者が貸与を受ける看護職員修学資金については、本人と連帯して債務を負担します。									
	現住所									
	ふりがな氏名印				印			印		
	生年月日									
	職業									
本人との関係										
修学資金申請に関して考慮すべき事情										
添付書類		別紙のとおり								

修 学 生 推 薦 調 書

学 校 名			
氏 名	入 学 年 月 日		H 年 月 日
	卒 業 予 定 年 月 日		H 年 月 日
生 年 月 日	平成 年 月 日生	在 学 年	第 学年

成 績 概 評	A	B	C	D	E
	特に優れている	優れている	普通	劣る	特に劣る

行 動 の 記 録	自 主 性	正 義 感	責 任 感	根 気 強 さ	礼 儀	協 調 性	指 導 性	判 断 の 傾 向			情 緒 の 傾 向			趣 味 特 技		
								公 共 心	公 正 さ	慎 重 さ	合 理 性	客 観 性	情 緒 の 安 定		審 美 感	明 朗
A, B, C, D, Eの5段階で評価すること。																

人 物 概 評	A	B	C	D	E
	特に優れている	優れている	普通	劣る	特に劣る

学 力 及 び 人 物 に つ い て の 所 見					
---------------------------	--	--	--	--	--

家 計 の 状 況 か ら	修 学 金 が	A 絶 対 に 必 要 で あ る	B 必 要 で あ る
---------------	---------	-------------------	-------------

そ の 他 参 考 所 見					
---------------	--	--	--	--	--

上記の者は修学生として適当と認められますので推薦いたします。

あて先) 地方独立行政法人桑名市総合医療センター理事長

平成 年 月 日

施設長

(印)

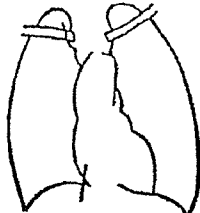
※ 整理番号

履 歴 書

平成 年 月 日現在

フリガナ			印	写真を1枚 ここに貼ること 縦 横 4.0 cm 3.0 cm	
氏 名					
生年月日・年齢	性別	国 籍			
年 月 日 生 (満 歳)	男 ・ 女	(外国籍の人のみ)			
現住所【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)					
〒 -			Tel ()		
連絡先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)					
〒 -			Tel ()		
最終学歴 (中途退学、専門学校等の場合は、それ以前の学歴も記入)					
学 校 名	学 部 名	学 科 名	期 間	区 分	
			年 月から 年 月まで	卒	年中退
			年 月から 年 月まで	卒見込	年在学
			年 月から 年 月まで	卒	年中退
			年 月から 年 月まで	卒見込	年在学
			年 月から 年 月まで	卒	年中退
			年 月から 年 月まで	卒見込	年在学
職 歴 (古い順にすべて記入)					
勤 務 先 又 は 職 業	職 務 内 容	所 在 地	在 職 期 間	年 月 数	
			年 月から 年 月まで	年 月	
			年 月から 年 月まで	年 月	
資格免許					
保護者 氏 名		保護者住所 〒		保護者連絡先 Tel ()	
				-	

身体検査書

住所					
氏名	性別 () 生年月日				
身長	. cm	聴力	右 正常・異常 ()		
体重	. kg		左 正常・異常 ()		
視力 ()内矯正	右 ()	血圧	最高値 mmHg		
	左 ()		最低値 mmHg		
検尿	蛋白定性 ー 土 + 卍 卍	X線検査	間接・直接 年 月 日		
	糖定性 ー 土 + 卍 卍		フィルムNO.	所見	
	カピリゲン 正常 + 卍 卍				
	潜血反応 ー 土 + 卍 卍				
既往症					
その他の所見	(身体障害の状況、消化器、循環器、呼吸器、神経系、その他身体的な異常等)				
就業上の注意事項等 総合所見					

上記のとおりであることを証明する

平成 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師氏名

印