

徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科  
地域歯科医療支援奨学金制度登録申込書

徳島文理大学保健福祉学部長 殿

当施設は、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度への登録を希望しますので、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度規則第4章の規定に基づき登録を申請いたします。

なお、奨学金の貸与に際しては、当該奨学金制度規則を遵守することを誓います。

年 月 日

歯科医療施設			
施設名		施設長名	印
住所	(〒 - ) 都・道府・県	電話番号	(医院) ( ) (携帯) ( )
ホームページ		メールアドレス	
施設の特徴			

下記の条件にて学生との合意が成立した場合、当該歯科医療施設より地域歯科医療支援奨学金を負担します。

奨学金 (条件付)			
貸与金額	月額 万円	貸与期間	ヶ月
募集人数	人	募集期間	
条件			

備考

- ご記入いただいた歯科医療施設情報及び奨学金に関する情報は、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度のために利用されます。当該情報の一部は、奨学金制度利用目的のため徳島文理大学ホームページに掲載されますが、それ以外の目的には利用されません。
- 奨学金の貸与金額、貸与期間、募集人数、募集期間、条件等に変更が生じた場合には、改めて登録申請書の提出をお願いします。
- 当該奨学金制度への登録を取り消したい場合には、その旨を徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科までご連絡ください。

徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科  
地域歯科医療支援奨学金制度登録申込書（記入例）

徳島文理大学保健福祉学部長 殿

当施設は、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度への登録を希望しますので、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度規則第4章の規定に基づき登録を申請いたします。

なお、奨学金の貸与に際しては、当該奨学金制度規則を遵守することを誓います。

2018年 4月 1日

歯科医療施設			
施設名	〇〇〇〇 歯科医院		施設長名 文理 太郎 印
住所	(〒 650 - 〇〇〇〇) 兵庫 都・道 府・県 神戸市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	(医院) 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇
ホームページ	ある場合にはURLを記載してください	メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇
施設の特徴	歯科医院所在地の環境やアクセス、治療の特徴（インプラント治療、設備の内容など）、スタッフの人数、勤務時間、休日、給与（基本給、昇給など）、待遇（セミナーへの参加、寮など）などご自由にご記入ください。		

奨学金（条件付）			
貸与金額	*貸与金額はご自由に設定できます 月額 3 万円	貸与期間	*貸与期間はご自由に設定できます 36 ヶ月
募集人数	1 人	募集期間	平成30年4月1日～
条件	例1. 卒業後に当歯科医院に5年間歯科衛生士として勤務した場合に、奨学金の返還を全額免除する。 例2. 当院に就職した後、奨学金貸与期間と同一の期間（月単位）勤務した場合に奨学金の返済を全額免除する 例3. 当院に就職した後、年間40万円を免責とする。よって3年間の奨学金総額108万円の場合2.84年勤務により返済が全額免除される。		

備考

- 1 ご記入いただいた歯科医療施設情報及び奨学金に関する情報は、徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科地域歯科医療支援奨学金制度のために利用されます。当該情報の一部は、奨学金制度利用目的のため徳島文理大学ホームページに掲載されますが、それ以外の目的には利用されません。
- 2 奨学金の貸与金額、貸与期間、募集人数、募集期間、条件等に変更が生じた場合には、改めて登録申請書の提出をお願いします。
- 3 当該奨学金制度への登録を取り消したい場合には、その旨を徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科までご連絡ください。