

## 宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領

令和6年8月8日

令和7年3月25日一部改正

福祉保健部薬務感染症対策課薬務対策室

### （目的）

第1条 この要領は、不足する病院薬剤師の県内への就職定着及び薬剤師の資質の向上を図るために行う宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業（以下「支援事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

### （定義）

第2条 この要領における用語の定義は、それぞれ次の各号に定めるとおりとする。

（1）対象施設 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院のうち、宮崎県の区域内に設置された病院（県立病院を除く。）であって、次のいずれかに該当するもの。

ア 独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構又は国立大学法人が開設者であるもの。

イ 医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院として知事の承認を受けたもの。

ウ 医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けたもの。

エ その他知事が適当と認める施設

（2）支援対象者 大学進学に当たり独立行政法人日本学生支援機構奨学金、宮崎県育英資金又は宮崎県奨学会奨学金（以下「奨学金」という。）の貸与を受けた者であって、第5条第1項の規定により知事の認定を受けた者をいう。

### （事業の内容）

第3条 県は、次に掲げる要件を全て満たす支援対象者に対し、支援を行うものとする。

（1）支援対象者が大学の在学時に奨学金の貸与を受け、県から返済支援を受けることとした期間の1.5倍の期間、県内の対象施設に従事すること。

（2）対象施設に就職した支援対象者は、県が認める薬剤師の能力の開発・向上に資するプログラム（以下「育成プログラム」という。）を満了すること。なお、育成プログラムは、おおむね3年をⅠ期として（最長Ⅲ期）、段階的かつ継続的に実施するものをいう。

（支援対象者の要件）

第4条 本事業の支援対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- （1） 対象施設に正規雇用により就職し、薬剤師法（昭和 35 年法律第 110 号）に定める薬剤師業務（以下「薬剤師業務」という。）に従事する予定のある、大学の在学生等又は薬剤師免許を有する者であること。
- （2） 対象施設に就職した日から起算して、3 年以上当該対象施設に勤務する見込みであり、対象施設が実施する育成プログラムを満了する意志があること。
- （3） 新たに宮崎県内の病院に薬剤師として勤務する予定の者。（支援対象者の認定申請時点で、宮崎県内で薬剤師として従事している者を除く。）
- （4） 貸与を受けた奨学金に返還残高があること。また、奨学金返還が開始している場合、滞納なく返還していること。
- （5） 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 6 号に規定する暴力団員に該当しないこと。
- （6） 県税の未納がないこと。
- （7） 支援金交付対象期間の終了後、県の実施する就業状況調査に協力する意志があること。

（支援対象者の認定）

第5条 本事業により奨学金の返還支援を受けようとする者は、知事が別に定める日までに、別記様式第 1 号により知事に申請を行い、支援対象者の認定を受けなければならない。

2 前項の申請には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- （1） 大学の在学生等
  - ア 対象施設の推薦書（別記様式第 2 号）
  - イ 奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
  - ウ 大学の卒業見込証明書（既卒者は大学の卒業証明書）
- （2） 薬剤師免許保有者
  - ア 対象施設の推薦書（別記様式第 2 号）
  - イ 奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの
  - ウ 薬剤師免許証の写し

3 知事は、支援対象者の認定を行ったときは、その旨を別記様式第 3 号により本人に通知するものとする。

（認定の取消）

第6条 知事は、支援対象者が前条第 1 項の規定による認定を受けた後に次の各号のい

れかに該当することとなったときは、その認定を取り消すことができる。

- (1) 奨学金の貸与を受けることを辞退した場合
- (2) 奨学金の返還が滞った場合
- (3) 奨学金の返還が免除された場合
- (4) 認定を受けた年度内に薬剤師免許を取得できなかった場合
- (5) 対象施設に就職しなかった場合
- (6) 対象施設に就職した日から起算して3年が経過する日以前に離職した場合
- (7) 対象施設での育成プログラムが満了できないことが明らかとなった場合
- (8) その他、認定を取り消すことが相当であると知事が認めた場合

2 支援対象者は、前項第1号から第8号までに掲げる事由のいずれかが生じた場合には、遅滞なく、別記様式第4号により知事に報告しなければならない。

3 知事は、第1項の規定により前条第1項の認定を取り消したときは、その旨を別記様式第5号により支援対象者に通知するものとする。

(変更の届出等)

第7条 支援対象者は、住所又は氏名に変更が生じた場合は、速やかに別記様式第6号により知事に届け出なければならない。

(委任)

第8条 この要領に定めるもののほか、この要領の実施に関し必要な事項は、別に定める。

別記

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

宮崎県知事 殿

年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者認定申請書

支援対象者の認定を受けたいので、宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領第 5 条第 1 項の規定により関係書類を添えて申請します。

|                               |          |                                                               |    |                                                               |  |
|-------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|--|
| 申請者                           | 住所       | 〒                                                             |    |                                                               |  |
|                               | 氏名       |                                                               |    |                                                               |  |
|                               | 生年月日     | 年 月 日                                                         |    |                                                               |  |
|                               | 電話番号     | 自宅                                                            |    | 携帯                                                            |  |
|                               | メールアドレス  |                                                               |    |                                                               |  |
| 修学先<br>※既卒者は奨学金貸与を受けていた時点の修学先 | 名称       |                                                               |    |                                                               |  |
|                               | 学部・学科名   |                                                               | 学年 |                                                               |  |
|                               | 卒業(予定)年月 | 年 月卒業(予定)                                                     |    |                                                               |  |
| 奨学金の状況                        | 名称       | ①                                                             |    | ②                                                             |  |
|                               | 区分       | 無利子・有利子                                                       |    | 無利子・有利子                                                       |  |
|                               | 金額       | 円/月<br>(総額 円)                                                 |    | 円/月<br>(総額 円)                                                 |  |
|                               | 借受期間     | 年 月 日～<br>年 月 日                                               |    | 年 月 日～<br>年 月 日                                               |  |
|                               | 返還計画     | 返還回数 回(年 回)<br>毎回の返還額 円<br>(毎回の返還額が一定でないときは年額を記載)<br>最終期限 年 月 |    | 返還回数 回(年 回)<br>毎回の返還額 円<br>(毎回の返還額が一定でないときは年額を記載)<br>最終期限 年 月 |  |
| 内定等                           | 内定等の状況   | <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> その他( )   |    |                                                               |  |
|                               | 就職予定先    | 名称<br>所在地                                                     |    |                                                               |  |
|                               | 就職予定日    | 年 月 日                                                         |    |                                                               |  |

○ 申請の理由

(宮崎県での就職を希望する理由など)

支 援 要 件

※ 右に記載の内容を全て満たす必要があります。該当するものに☑を記入してください。

- ☐ 対象となる施設に就職した日から、起算して3年以上勤務する見込みです。
- ☐ 支援を受けるためには、対象施設が実施する育成プログラムを満了することが必要であることを理解しています。
- ☐ 現在、宮崎県内で薬剤師として従事していません。
- ☐ (奨学金返還が開始している場合のみ) 滞納なく奨学金の返還を行っています。
- ☐ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員には該当しません。
- ☐ 県税の未納はありません。
- ☐ 支援対象者の認定を受けた場合、県からの支援金交付対象期間終了後も、県が実施する就業状況調査に協力します。

(注1) 複数の奨学金を借受している場合はすべて記載してください。

添付書類：対象施設の推薦書(様式第2号)、奨学金貸与証明書(又はこれに準ずるもの)、

卒業見込証明書(既卒者は大学の卒業証明書)、薬剤師免許証の写し(保有者のみ)

推 薦 書

年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地  
医 療 機 関 名  
代 表 者 職 氏 名  
電 話 番 号

次の者は、当医療機関で正規雇用する予定であり、奨学金返還支援対象者として適格であると認められますので推薦します。

|                        |                                                                   |     |  |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ふ り が な<br>氏 名         |                                                                   |     |  |
| 大 学 の 名 称              |                                                                   |     |  |
| 学 部 ・ 学 科 名            |                                                                   | 学 年 |  |
| 推 薦 理 由<br>(人物所見等)     |                                                                   |     |  |
| 採 用 予 定 日              | 年 月 日                                                             |     |  |
| 支援対象者向け<br>育成プログラム     | <input type="checkbox"/> 作成済（別添のとおり） <input type="checkbox"/> 未作成 |     |  |
| 在籍資格者氏名                | <input type="checkbox"/> 認定実務実習指導薬剤師                              |     |  |
|                        | <input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師                             |     |  |
| 医 療 機 関 の<br>採 用 担 当 者 | 所 属 名（課等）                                                         |     |  |
|                        | 担 当 者 職 氏 名                                                       |     |  |
|                        | メー ル ア ド レ ス                                                      |     |  |

（注1）正規雇用とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、賞与、退職金、諸手当等において、就業規則等で定める通常の職員と同様の扱いとなる雇用形態をいいます。

（注2）既卒者にあつては、卒業した大学の名称、学部・学科名を、学年の欄は卒業年度を記入してください。

（注3）育成プログラムの作成にあつては、該当するものに☑を記入してください。なお、未作成の場合は、採用予定日のおおむね1か月前までには、宮崎県薬務感染症対策課薬務対策室（[yakumutaisaku@pref.miyazaki.lg.jp](mailto:yakumutaisaku@pref.miyazaki.lg.jp)）に提出すること。

（文書番号）

年 月 日

（認定申請者） 様

宮崎県知事

\_\_\_\_\_年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者認定通知書

年 月 日付で申請のありました件について、あなたを支援対象者に認定しましたので通知します。

- |   |       |                                                                     |
|---|-------|---------------------------------------------------------------------|
| 1 | 認定番号  | 第_____ - _____号                                                     |
| 2 | 認定期間  | 返還支援開始後9年間                                                          |
| 3 | 要従事期間 | 育成プログラム<br>(Ⅰ期) 対象施設に就職後3年間<br>(Ⅱ期) 対象施設に就職後6年間<br>(Ⅲ期) 対象施設に就職後9年間 |

#### 留意事項

- 1 対象施設に就職後30日以内に、必要書類を添付の上奨学金返還支援金交付申請書を提出してください。
- 2 対象施設に就職後2年目以降に奨学金返還支援金の交付を受けようとするときは、毎年、定められた期日（別紙参照）までに交付申請を行ってください。
- 3 住所又は氏名に変更が生じたときは、速やかに届け出てください。（様式第6号）
- 4 次のいずれかに該当した場合、この認定を取り消すときがあります。（1）～（8）のいずれかの事由が生じた場合には、遅滞なく届け出てください。（様式第4号）
  - （1）奨学金の貸与を受けることを辞退した場合
  - （2）奨学金の返還が滞った場合
  - （3）奨学金の返還が免除された場合
  - （4）認定を受けた年度内に薬剤師免許を取得できなかった場合
  - （5）対象施設に就職しなかった場合
  - （6）対象施設に就職した日から起算して3年が経過する日以前に離職した場合
  - （7）対象施設での育成プログラムを満了できないことが明らかとなった場合
  - （8）その他の事由

（文書取扱 \_\_\_\_\_）

年 月 日

宮崎県知事 殿

「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者状況報告書

\_\_\_\_年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」に係る支援対象者の認定を受けましたが、次のとおり状況に変更が生じたので、宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領第6条第2項の規定により、次のとおり報告します。

|                            |                                                  |            |       |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------|------------|-------|--|
| 支援対象者                      |                                                  | 氏 名        |       |  |
|                            |                                                  | 認 定<br>番 号 |       |  |
|                            |                                                  | 住 所        | 〒     |  |
| 発<br>生<br>し<br>た<br>事<br>由 | (1)奨学金の貸与を受<br>けることを辞退した<br>場合                   | 辞退年月日      | 年 月 日 |  |
|                            | (2)奨学金の返還が滞<br>った場合                              | 理由         |       |  |
|                            | (3)奨学金の返還が免<br>除された場合                            | 理由         |       |  |
|                            | (4)認定を受けた年度<br>内に薬剤師免許を取<br>得できなかった場合            | 理由         |       |  |
|                            | (5)対象施設に就職し<br>なかった場合                            | 理由         |       |  |
|                            | (6)対象施設に就職し<br>た日から起算して3<br>年が経過する日以前<br>に離職した場合 | 離職年月日      | 年 月 日 |  |
|                            |                                                  | 理由         |       |  |
|                            | (7)対象施設での育成<br>プログラムが満了で<br>きないことが明らか<br>となった場合  | 理由         |       |  |
| (8)その他                     |                                                  |            |       |  |

(注) 理由によっては、別途証明書等を提出いただくことがあります。

年 月 日

様

宮崎県知事

\_\_\_\_年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者認定取消通知書

年 月 日付で通知しました「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者としての認定については、次の理由により取り消したので通知します。

記

|        |  |
|--------|--|
| 認定番号   |  |
| 氏 名    |  |
| 取消しの理由 |  |

（文書取扱 \_\_\_\_\_）

年 月 日

宮崎県知事 殿

「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」支援対象者変更届出書

年度「宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業」に係る支援対象者の認定を受けましたが、次のとおり変更が生じたので、宮崎県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領第 7 条第 1 項の規定により、次のとおり届けます。

|       |             |    |  |
|-------|-------------|----|--|
| 支援対象者 | 認定番号        |    |  |
|       | 氏 名         |    |  |
| 住所変更  | 新住所         |    |  |
|       | 電話番号        | 自宅 |  |
|       |             | 携帯 |  |
| 氏名変更  | ふりがな<br>氏 名 |    |  |
|       | 変更年月日       |    |  |

※ 注 1 氏名変更の場合は、「支援対象者」欄には変更前の氏名、「氏名変更」欄には変更後の氏名を記載してください。

注 2 氏名変更については、変更内容がわかる書類を添付してください。