様式第１号（第７条関係）　地域医療医師確保期間選択制奨学金貸与申請書

|  |
| --- |
| 地域医療医師確保期間選択制奨学金貸与申請書年　　月　　日　　愛媛県知事　　　　　様申請者　　　　　　氏名　　　　　　　　　㊞　　地域医療医師確保期間選択制奨学金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。　なお、貸与を受けることとなったときは、愛媛県医師確保奨学基金条例（平成18年愛媛県条例第15号）及び愛媛県医師確保奨学基金条例施行規則（平成18年愛媛県規則第30号）の規定を遵守し、将来、同条例第３条第２号の規定により知事が指定する医療機関等において医師としての業務に従事します。　また、規定により、奨学金の返還の債務が生じたときは、期限内に確実に返済します。 |
| 貸与希望期間 | ２年・３年・４年・５年・６年 |
| 特定診療科枠での貸与 | 希望する　・　希望しない |
| ふりがな氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 大学名又は研修機関名 |  | 生年月日及び年齢 | 年　月　日（満　　歳） |
| 修学（研修）期間 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで　　　（　　　学年） | 医籍登録番号及び登録年月日 | 　（　　　号）　年　月　日 |
| 現住所及び電話番号 | 〒（　　）　　　　－ |
| 帰省先住所及び電話番号 | 〒（　　）　　　　－ |

申請者が貸与を受ける地域医療医師確保期間選択制奨学金について、本人と連帯して返還の債務を負担します。

　　　　年　　月　　日

住所

　　　　　　　　　　　　　 連帯保証人　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

住所

　　　　　　　　　　　　 　連帯保証人　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　不要の文字は、抹消すること。

３　貸与希望期間欄、特定診療科枠での貸与欄及び性別欄は、該当するものを○で囲むこと。

４　次に掲げる書類を添付すること。

(１)　本人の戸籍抄本又は戸籍に記載した事項に関する証明書

(２)　身上調書（様式第２号）

(３)　医学生にあっては大学又は学部の長の推薦書（医学生用）（様式第３号）、初期臨床研修又は後期臨床研修を受けている者にあっては研修を受ける医療機関等の長の推薦書（研修医用）（様式第４号）

(４)　保証人の印鑑証明書

(５)　初期臨床研修又は後期臨床研修を受けている者にあっては、研修期間、研修内容等を証明する書類

(６)　その他知事が必要と認める書類

様式第２号（第７条、様式第１号関係）　身上調書

|  |
| --- |
| 身　上　調　書 |
| 本　　　人 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 写真貼付欄申請前６月以内に正面から撮影した無帽の上半身像で、縦４センチメートル横３センチメートルのもの |
| 履歴 | 　　年　月　　　　中学校卒業　　年　月　　　　義務教育学校卒業年　月　　　　高等学校入学年　月　　　　高等学校卒業年　月　　　　中等教育学校入学年　月　　　　中等教育学校卒業年　月　　　　大学入学年　月　　　　大学卒業 |
| 連　帯　保　証　人 | ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　 | 生年月日及び年齢 | 年　月　日（満　歳） |
| 現住所及び電話番号 | 〒（　　）　　　　－ | 本人との続柄 |  |
| 職業 |  | 年収 | 税込み円 |
| ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　 | 生年月日及び年齢 | 年　月　日（満　歳） |
| 現住所及び電話番号 | 〒（　　）　　　　－ | 本人との続柄 |  |
| 職業 |  | 年収 | 税込み円 |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

　２　不要の文字は、抹消すること。

様式第３号（第７条、様式第１号関係）　推薦書（医学生用）

|  |
| --- |
| 推薦書（医学生用） |
| 大学名 |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 入学年月卒業予定年月在学年 | 年　月年　月第　　学年 |
| 生年月日 | 年　月　日（満　歳） |
| 上記の者は、地域医療医師確保期間選択制奨学金貸与者として適当と認められますので推薦をします。　愛媛県知事　　　　　　　様年　　月　　日大学の学長又は学部長　　　　　　　　　　　　　　 |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

様式第４号（第７条、様式第１号関係）　推薦書（研修医用）

|  |
| --- |
| 推　　薦　　書（研修医用） |
| 所属名 |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 研修開始年月修了予定年月 | 年　月年　月 |
| 生年月日 | 年　月　日（満　歳） |
| 研修に関する状況 |  |
| 健康に関する状況 |  |
| その他意見（人物評価等その他推薦事項。任意記入） |  |
| 上記の者は、地域医療医師確保期間選択制奨学金貸与者として適当と認められますので推薦をします。　愛媛県知事　　　　　様年　　月　　日開設者又は管理者　　　　　　　　　　　印 |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

極度額承諾書

連帯保証人は、地域医療医師確保奨学金の貸与を受けようとする者の債務につき、極度額　　　　　　　円の範囲内で連帯して負担することを承諾します。

　　　　年　　月　　日

住所

連帯保証人　氏名　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

住所

連帯保証人　氏名　　　　　　　　　　　㊞

電話番号