

様式第1号（第3条関係） 地域医療医師確保奨学金貸与申請書

地域医療医師確保奨学金貸与申請書			
			年 月 日
愛媛県知事	様		
申請者		氏名 ㊟	
<p>地域医療医師確保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。</p> <p>なお、貸与を受けることとなったときは、愛媛県地域医療医師確保奨学金貸与条例（平成20年愛媛県条例第57号）及び愛媛県地域医療医師確保奨学金貸与条例施行規則（平成20年愛媛県規則第60号）の規定を遵守し、将来、指定医療機関等において医師としての業務に従事します。</p> <p>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。</p>			
ふりがな氏名		性別	男・女
在学する大学名等	大学 学科	学部 学年	生年月日 及び年齢
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、日本工業規格A4とすること。

2 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) 推薦書（様式第3号）
- (4) 保証人の印鑑証明書
- (5) その他知事が必要と認める書類

様式第2号（第3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	
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、日本工業規格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3条、様式第1号関係） 推薦書

推 薦 書			
大 学 名			
ふりがな 氏 名		入 学 年 月 卒 業 予 定 年 月	年 月 年 月
生 年 月 日	年 月 日 生（満 歳）	在 学 年	第 学 年
<p>上記の者は、愛媛県地域医療医師確保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。</p> <p>愛媛県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大学の学長又は学部長 印</p>			

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

借 用 証 書		年 月 日
愛媛県知事	様	
	住所	
	氏名	(印)
本 人	貸付決定番号	年度 第 号
	電話番号	
	住所	
連帯保証人	氏名	(印)
	電話番号	
	住所	
連帯保証人	氏名	(印)
	電話番号	
金 _____ 円		
<p>愛媛県地域医療医師確保奨学金貸与条例（平成20年愛媛県条例第57号）及び愛媛県地域医療医師確保奨学金貸与条例施行規則（平成20年愛媛県規則第60号）に基づき貸与を受けた奨学金について、上記の金額を確かに借用しました。</p> <p>保証人は、本人と連帯して、本人が貸与を受けた地域医療医師確保奨学金の返還の債務を負担します。</p>		

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 保証人が提出する場合にあっては、本人の氏名及び貸付決定番号を記入すること。ただし、押印は、必要ない。
- 3 不要の文字は、抹消すること。
- 4 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 奨学金の貸与の日及び額が確認できる書類
 - (2) 保証人の印鑑証明書

様式第5号（第8条関係） 後期臨床研修計画書

後期臨床研修計画書	
愛媛県知事	年 月 日
様	住所 申請者 氏名
貸与決定番号	年度 第 号
主たる研修先の 名称及び所在地	
研 修 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
研 修 内 容	

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 後期臨床研修を実施する医療機関等の開設者又は管理者の承諾書を添付すること。

様式第6号（第9条関係） 地域医療医師確保奨学金返還免除申請書

地域医療医師確保奨学金返還免除申請書 年 月 日 愛媛県知事 様 住所 申請者 氏名 貸与を受けた者との続柄	
貸付決定番号	年度 第 号
奨学金の貸与額	金 円
免除申請額	金 円
業務に従事した 指定医療機関等 の名称及び期間	名 称
	期 間 年 月 日～年 月 日
	年 月 日～年 月 日
医籍登録番号 及び登録年月日	(号) 年 月 日登録
休職、停職等の有無 及びその期間	
死亡又は業務に 従事することが できなくなった理由	

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 不要の文字は、抹消すること。

3 申請者が自署すること。

4 該当しない事項の欄には、「該当なし」と記入すること。

5 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 業務に従事した期間がある場合にあつては、業務従事証明書（様式第7号）

(2) 死亡、心身の故障、災害その他やむを得ない事由により業務に従事することができなくなった場合にあつては、その状況を証する書類

様式第7号（第9条、様式第6号関係） 業務従事証明書

<p>業務従事証明書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関等 名称 開設者又は管理者 ㊞</p> <p>下記の者は、当医療機関等において業務に従事したことを証明します。</p>	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
医籍登録番号及び 登録年月日	(号) 年 月 日登録
業務に従事した 期間及び月数	年 月 日～ 年 月 日 (箇月)
業務に従事した期 間中に休職をし、 又は停職にされた 期間その他知事が 定める期間があっ たときは、その期 間、月数及びその 理由	(理由)

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第8号（第9条関係） 地域医療医師確保奨学金返還猶予申請書

地域医療医師確保奨学金返還猶予申請書 年 月 日 愛媛県知事 様 住所 申請者 氏名 貸与を受けた者との関係	
貸 付 決 定 番 号	年 度 第 号
奨 学 金 の 貸 与 額	金 円
猶 予 を 受 け よ う と す る 額	金 円
医籍登録番号及び登録年月日	(号) 年 月 日 登 録
在学する大学又は在職する法人等の名称	
猶予を受けようとする理由	
猶予を受けようとする期間	年 月 日から 年 月 日まで

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 申請者が自署すること。

3 猶予を受けようとする理由を証する書類を添付すること。

様式第9号（第11条関係） 届出書

届 出 書	
愛媛県知事 様	年 月 日
住所 届出者 氏名	
貸 付 決 定 番 号	年 度 第 号
届 出 事 項	
届 出 事 項 の 発 生 年 月 日	年 月 日
届 出 内 容	

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 届出内容を証する書類を添付すること。

様式第10号（第12条関係） 貸費生死届出書

貸費生死届出書		
年 月 日		
愛媛県知事 様		
住 所		
届出者		
氏 名		
死亡者との続柄（ ）		
貸付決定番号	年度第 号	
死 亡 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
死 亡 年 月 日	年 月 日	

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 死亡を証する戸籍抄本若しくは戸籍に記載した事項に関する証明書又は死亡診断書を添付すること。

様式第11号（第13条関係） 保証人変更届出書

保証人変更届出書				
愛媛県知事		様		年 月 日
住所 届出者 氏名				
貸付決定番号		年度 第 号		
新連帯保証人	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 円
	届出者の貸付決定番号 年度第 号に係る地域医療医師確保奨学金については、本人と連帯して返還の債務を負担します。			
旧連帯保証人	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
変更の理由				
変更年月日		年 月 日		

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 届出者が自署すること。
 3 新たに保証人となる者の印鑑証明書を添付すること。