

地域医療医師確保期間選択制奨学金貸与申請書 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 愛媛県知事 様 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 申請者 氏名 Ⓜ </div> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;"> 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。 </p>			
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) 医学生にあつ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つ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つては、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

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	年月 年月
生年月日	年月日（満歳）	在学年	第 学年
<p>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。</p> <p>愛媛県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大学の学長又は学部長</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

借 用 証 書		年	月	日
愛媛県知事	様			
	本人	住所 氏名 貸付決定番号 電話番号	年度 第	号 ⑩
	連帯保証人	住所 氏名 電話番号		⑩
	連帯保証人	住所 氏名 電話番号		⑩
金		円		
<p>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）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期間選択制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、日本産業規格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 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6号（第12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	届出者 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 後期臨床研修を受けようと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7号（第13条関係） 地域医療医師確保期間選択制奨学金返還免除申請書

地域医療医師確保期間選択制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、日本産業規格A4とすること。

2 申請者が自署すること。

3 該当しない事項の欄には、「該当なし」と記入すること。

4 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8号）

(2) 死亡又は退職の場合にあつては、その理由及び年月日を証する書類

様式第8号（第13条、様式第7号関係） 業務従事証明書

業務従事証明書 年 月 日 所在地 医療機関等 名称 開設者又は管理者 ㊟	
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。	
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	年 月 日～ 年 月 日 (箇月)
	(理由)

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

様式第9号（第16条関係） 地域医療医師確保期間選択制奨学金返還猶予申請書

地域医療医師確保期間選択制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 与 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、日本産業規格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10号（第17条関係） 届出書

届 出 書	
愛媛県知事	年 月 日
様	住所 届出者 氏名
貸 与 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 届出内容を証する書類を添付すること。

様式第11号（第18条関係） 被貸与者死亡届出書

被貸与者死亡届出書		
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
死 亡 年 月 日	年 月 日	

注1 用紙の大きさは、日本産業規格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12号（第19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				
貸与決定番号		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期間選択制奨学金については、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、日本産業規格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。