

島根県知事 様

ふりがな
申請者 氏 名
(本人)

研修医研修支援資金貸与申請書（臨床研修医用）

研修支援資金の貸与を受けたいので、研修医研修支援資金貸与規則第7条第1項の規定により、関係書類を添えて提出します。

なお、貸与を受けることとなった上は、同規則を遵守し、他の貸付金の貸与を受けていない場合は、所定の期間、指定医療機関において後期研修を履修し、他の貸付金の貸与を受けている場合は、指定医療機関において後期研修を履修し、かつ、所定の期間、指定医療機関に勤務することを誓います。

| | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|-------------|------------------------|--------|
| 本人 | ふりがな | | 申請時の 状 況 | 研修機関名及びプログラム名 () | |
| | 氏 名 | | | 研修の開始及び修了予定時期 (~) | |
| | 生年月日及び年齢 | 年 月 日生 (満 歳) | | | |
| | 現住所及び 電 話 番 号 | 〒 () - | | | |
| | メールアドレス | | | | |
| | 帰省先住所 及び電話番号 | 〒 () - | | | |
| 連 帯 保 証 人 | 連帯保証人は、上記の申請者がこの研修支援資金の貸与を受けたときは、その貸与額の全額について申請者 本人と連帯してその債務を保証します。 | | | | |
| | 氏 名 | (実印) | 生年月日 | | |
| | 住 所 電 話 番 号 | 〒 () - | | | 続 柄 |
| 島根県以外の 研修医向け貸付金 | <input type="checkbox"/> 受けている (貸与機関名) <input type="checkbox"/> 受ける予定がある (貸与機関名) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 貸与を受けた 他 の 貸 付 金 | <input type="checkbox"/> へき地医療奨学金 <input type="checkbox"/> 医学生地域医療奨学金 <input type="checkbox"/> しまね医学生特別奨学金 <input type="checkbox"/> 緊急医師確保対策枠奨学金 <input type="checkbox"/> 特定診療科医師緊急養成奨学金 | | | | |

添付書類

- 1 連帯保証人についての市町村長の発行する所得証明書及び印鑑証明書
- 2 研修及び人物についての所見を記載した研修病院の長の推薦書及び在職証明書
- 3 小論文
- 4 医師免許証の写し

注

- 1 「島根県以外の研修医向け貸付金」は、一定期間の勤務を条件に返還が免除される貸付金が対象です。
- 2 「貸与を受けた他の貸付金」は、該当する貸付金がある場合にのみ選択してください。