

臨床研修医研修資金貸与申請書

年 月 日

秋田県知事

申請者  
氏名



臨床研修医研修資金の貸与を受けたいので、秋田県医学生修学資金等貸与条例第 15 条において準用する同条例第 4 条第 1 項の規定により、申請します。

本 籍						
住 所	郵便番号			電話番号		
(ふりがな) 氏 名	生年月日		年 月 日			
	年 齢		歳			
帰 省 先 住 所	郵便番号			電話番号		
医 籍 登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	年 月		日 登 録		号	
主たる研修先の 病院の名称						
主たる研修先の 病院の所在地						
研 修 開 始 年 月	年 月		研 修 修 了 見 込 年 月		年 月	
貸 与 期 間	年 月 から		年 月 まで		月 間	
家族の状況 (申請者を含む。)						
続柄	氏 名	年 齢	勤務先又は学校	職 業	年 収 (税 込 み)	摘 要

(裏)

申請理由			
将来の目標（県内の公的医療機関等において特定診療科の医師として勤務しようとする意思を具体的に記載してください。）			
将来進みたい診療科：_____			
連帯保証人			
本籍			
住所	郵便番号	電話番号	
(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月 日
	年齢	歳	
申請者との続柄	職業	勤務先	

上記により申請者が臨床研修医研修資金の貸与を受けたときは、申請者と連帯してその返還の債務を履行します。

年 月 日

連帯保証人  
氏名

㊟

(注) 申請書には、次の書類を添付してください。

- ① 臨床研修実施計画書（様式第2号）
- ② 主たる研修先の医療機関等の開設者（管理者）の推薦書（様式第3号）
- ③ 医師免許証の写し
- ④ 健康診断書（申請の前日2カ月以内に作成したもの・任意様式可）
- ⑤ 本人と連帯保証人の戸籍抄本及び住民票の写し
- ⑥ 本人の収入を証する書面及び本人と生計を同じくする家族全員の収入を証する書面