

別記第1号様式

新潟県医師養成修学資金貸与申請書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会
理事長 様

申請書 住 所

写真貼付欄
4 cm × 3 cm
帽子やサングラス
等着用の写真及び
スナップ写真等は
不可。最近3ヶ月
以内に撮影された
証明写真を全面糊
付の上貼付する。

(ふりがな)

氏 名

印

生年月日 年 月 日生

性 別 男 ・ 女

電話番号

E-mail

下記のとおり新潟県医師養成修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請区分 (貸与受たい修学資金のコース)		重点コース (関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠)					
所 属	大 学 名	関西医科大学			所 在 地	大阪府枚方市新町二丁目5番1号	
	学部(学科)	医学部 (医学科)					
	入学年月日	年 月 日			卒業見込年月	年 月	
学 歴	高等学校等	年 月					
		年 月					
	高等学校等 以降	年 月					
		年 月					
家 族 状 況	続柄	氏名	性別	居 住 地	職業 (勤務先)	年収(円)	
保証人	上記の者が新潟県医師養成修学資金の貸与を受けましたうへは、その連帯保証人となり、医師養成修学資金 (重点コース (関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠)) 貸与事業実施規則及び同実施規程に従い、誠実に債務を履行することを保証します。						
	住 所						
	氏 名				印	印	
	生年月日	年 月 日生			年 月 日生		
	職 業						
	本人との続柄						

所 信 書

(医師養成修学資金貸与申請書 裏面)

申請者氏名 (ふりがな)	年齢	大学・学部 (学科)
⑩		関西医科大学医学部 (医学科)

申 請 し た 理 由

--

将 来 の 抱 負 (400字以内)

(本県の地域医療に従事する意欲やどんな医師になりたいか等について自由に記載すること)

(Grid area for writing future aspirations)
--

誓 約 書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 様

本 人 住 所

氏 名 ㊟

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊟

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊟

私は、新潟県医師養成修学資金（重点コース（関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠））の貸与を受けるにつきましては、医師養成修学資金（重点コース（関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠））貸与事業実施規則及び同実施規程を守り、大学を卒業後は2年以内に医師免許を取得し、直ちに新潟大学医歯学総合病院又はそれ以外の新潟県内の医師臨床研修指定病院で臨床研修に従事するとともに、臨床研修修了後は直ちに指定する医療機関に勤務し、臨床研修に従事したときから通算して9年間勤務することを誓います。

なお、前記実施規則及び実施規程の規定により貸与を受けた修学資金の返還事由を生じたときは、その日から1月以内に確実に修学資金及びその利息を返還します。

第 号

年 月 日

様

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 印

修学資金貸与決定(不決定)通知

年 月 日付けで申請のあつた医師養成修学資金の貸与について、年 月から修学資金(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))を貸与する(修学資金を貸与しない)ことに決定しましたので通知します。

第 4 号様式

借 用 証 書

収入印紙

㊥

借用金額 _____ 円

新潟県医師養成修学資金として上記金額を借用しました。ついては、医師養成修学資金（重点コース（関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠））貸与事業実施規則及び同実施規程を守り、返還事由を生じたときは、その日から 1 月以内に確実に返還します。

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 様

借 受 人 住 所

氏 名 ㊥

上記借受人の連帯保証人として、上記返還債務を誠実に履行させることを確約します。

年 月 日

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊥

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊥

第 5 号様式

新潟県医師養成修学資金

(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))

返還債務免除申請書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 様

申請者 住所

氏名 ㊦

下記のとおり新潟県医師養成修学資金(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))の返還の債務を免除願いたいので、免除理由を証明する書類を添えて申請します。

記

1 貸与を受けた修学資金の額					
2 返還債務免除申請額					
3 差引額(1-2)					
4 修学生	氏名			住所	
5 大学名	関西医科大学	学部	医学部	卒業年月日	年 月 日
6 免許番号及び取得年月日		第 号	年 月 日		
7 業務従事 の状況 (休職、停職 期間について も明記すること。)	期間	勤務先名称	職名	備考	
	年 月 日から				
	年 月 日まで				
	年 月 日から				
	年 月 日まで				
	年 月 日から				
年 月 日まで					
8 免除の理由					

第 号

年 月 日

様

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 印

新潟県医師養成修学資金

(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))

返還債務免除決定通知

年 月 日付けで申請のあつたこのことについて、医師養成修学資金(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))貸与事業実施規則及び同実施規程に基づき、下記のとおり修学資金の返還債務を免除する(免除しない)ことに決定しましたので通知します。

記

1 修学資金貸与額	円
2 返還免除額	円
3 差引返還を要する額	円

(返還債務を免除しない理由)

新潟県医師養成修学資金

(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))

返還猶予申請書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 様

申請者 住所

氏名 印

医師養成修学資金(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))貸与事業実施規則第11条の規定により修学資金の返還の債務の履行を猶予願いたいので申請します。

記

1 返還未済の修学資金の額

金 円

2 猶予を受けようとする期間

3 猶予を受けようとする理由

・ 猶予を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。

第 号

年 月 日

様

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 印

新潟県医師養成修学資金

(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))

返還猶予決定通知

年 月 日付けで申請のあったこのことについて、医師養成修学資金(重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠))貸与事業実施規則第 11 条の規定により下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 修学資金の返還の債務の履行を猶予する。(猶予しない。)
- 2 猶予期間は、年 月から(年 月・次の理由の継続する期間)までとする。

(猶予しない理由)

修学資金貸与者現況報告書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会
理事長 様

(N O)

(修学資金) 重点コース(関西医科大学医学部「新潟県地域枠」入学生枠)

(貸与者氏名)

印

(大学名・学部(学科)) 関西医科大学医学部(医学科)

連絡先 TEL:

規程第8条第1項に基づき、下記のとおり現況を報告します。

記

貸与者現況報告（報告日現在の状況を記入し、貸与期間中毎年4月第2月曜日までに提出すること。）

報告事項	現在の状況（変更がない場合でも全項目を必ず記入すること）
現住所	〒 —
連絡先	(電話番号)
健康状態	良好 ・ その他 ()
留年の有無	○今年4月1日時点の学年 (年生) ○留年の有無 (有 ・ 無)
休学・停学・退学の事実の有無	無 ・ 休学 ・ 停学 ・ 退学
(「有」の場合はその期間及び理由を記入すること)	期間： 年 月 日から 年 月 日まで (退学の場合、退学年月日： 年 月 日退学) (理由)

(注1) 本書は、貸与期間中の各年4月第2月曜日までに本書を提出すること。なお、本書の提出がなかった場合、提出されるまでの間、修学資金の貸与を「保留」する又は修学資金の貸与を「停止」することがあります。

(注2) 留年の有無及び休学、停学、退学の有無のいずれかに「有」がある場合又は記載のない項目がある場合等、事実確認のため、必要に応じて修学資金の貸与を「保留」すること等があります。また、留年・休学等の事実が確認できた場合は、規則等に基づき対処します。