

特定診療科奨学生願書（医学生用）

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

応募者氏名（氏名は本人自筆） （ふりがな） 印		性別 男・女	生年月日 年 月 日
写真 縦4.5cm×横3.5cm 6ヶ月以内に 撮影したもの	現住所	〒 ー	
	電話番号（携帯可）		
	e-mail	@	
	在学中の大学・学年	・	
希望する診療科（いずれかに○を付すこと）		産科 ・ 精神科	
保証人	上記の者が特定診療科奨学金の支給の決定を受けたまはうえは、その連帯保証人となり、特定診療科奨学金実施要綱に従い、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		
	職業		
	本人との続柄		
応募した理由			
将来の抱負			

(注) 在学証明書及び直近の学業成績表を添付すること

特定診療科奨学生願書（臨床研修医用）

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

応募者氏名（氏名は本人自筆） （ふりがな） 印		性別 男・女	生年月日 年 月 日
写真 縦4.5cm×横3.5cm 6ヶ月以内に 撮影したもの	現住所	〒 ー	
	電話番号（携帯可）		
	e-mail	@	
	医籍登録番号	第	号
希望する診療科（いずれかに○を付すこと）		産科 ・ 精神科	
応募した理由			
将来の抱負			

推 薦 状

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

被推薦者氏名

(推薦状提出時) 研修病院名

上記の者を特定診療科奨学金奨学生に相応しい研修医として推薦いたします。

推薦者氏名 (研修病院院長)

㊟

推薦者氏名 (研修医直属の指導責任者)

㊟

推薦理由

誓約書

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

(誓約書提出時) 大学名又は研修病院名

氏 名

- 1 特定診療科奨学金実施要綱を遵守し、奨学金を有効に使い、学業又は卒後臨床研修に励みます。
- 2 卒後臨床研修修了後、新潟県内の指定医療機関に産科又は精神科の常勤医師として勤務し、特定診療科奨学金実施要綱第10条に定める義務を履行します。

以上、誓約いたします。

令和 年 月 日

氏 名

(本人自筆)

臨床研修修了報告書

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

(報告書提出時) 医療機関名

氏 名

1. 臨床研修を行なった医療機関名
2. 臨床研修を修了しての、感想、意見、要望など
3. 奨学金の主な用途
4. 本奨学金制度に関する感想、意見、要望など

本報告書とともに、「臨床研修修了証」のコピーを添付下さい。

