

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

申請者 住 所 (〒 -)

写真貼付欄
4cm×3cm
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 ⑩
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 (貸与を受けたい 修学資金のコース)		ア 重点コース (新潟大学医学部「新潟県地域枠」) イ 重点コース (新潟県育成枠)					
所 属	大 学 名				所 在 地		
	学部(学科)				学 年		
	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えは、その連帯保証人となり、医師養成修学資金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	⑩			⑩		
	生年月日	年 月 日生			年 月 日生		
	職 業						
	本人との続柄						

同意書

新潟県知事 殿

私は、新潟県医師養成修学資金の貸与を受けるにあたり、医師養成修学資金貸与事業実施規則第9条（返還の債務の当然免除）に規定される新潟県の指定医療機関等における勤務について、キャリア形成プログラム*の下記事項につき同意します。

記

- 1 医師養成修学資金貸与事業実施規則及び同実施規程を遵守すること。
- 2 大学を卒業した後2年以内に医師の免許を取得し、かつ同免許を取得後直ちに新潟県内の臨床研修病院で臨床研修に従事すること。
- 3 新潟県が策定するキャリア形成プログラム*に参加すること。
- 4 臨床研修修了後は直ちに**新潟県が指定する医療機関**に勤務し、臨床研修に従事した時点から通算して9年間以上在職すること。
なお、新潟県が認めた場合は、キャリア形成プログラムを一時中断することが可能であること。
- 5 新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム*から離脱しないこと。
新潟県は、死亡・重度の疾病等の場合を除き、原則としてキャリア形成プログラム*からの離脱に同意しないこと。
新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム*から離脱した場合、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定を行わないこと。
なお、新潟県の同意の有無に関わらず、キャリア形成プログラムから離脱した場合であっても、修学資金の貸借関係の解除に影響を及ぼさないこと。

年 月 日

入学出願者氏名： _____
(自署してください。)

保護者もしくは
法定代理人氏名： _____
(自署してください。)

家計の実情等申出書
(新潟県医師養成修学資金貸与申請用)

申請書の年収については、前年の状況を記入することとなっていますが、その収入額と現在（今年）の状況が大幅に違う場合（災害、失業、その他）は、その実情等を記入してください。
なお、収入に大幅違いがない場合又は提出の意思がない場合は提出しなくても差し支えありません。

(今年の収入（税込）見込額： _____円)

上記申出の内容のとおり相違ないことを証します。

年 月 日

保護者(主たる家計維持者)の氏名

印

(申請者の氏名： _____ 申請者との続柄： _____)

第 号
年 月 日

様

公益財団法人新潟医学振興会
理事長 図

修学資金貸与決定(不決定)通知

年 月 日付けで申請のあっ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(新潟大学医学部「新潟県地域枠」)・重点コース(新潟県育成枠))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。

(貸与決定の場合)

この通知を受けたときは、速やかに医師養成修学資金貸与事業実施規程第3条の規定による誓約書を提出してください。

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（新潟大学医学部「新潟県地域枠」）・重点コース（新潟県育成枠））の貸与を受けるにつきましては、医師養成修学資金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、直ちに新潟県内の医師臨床研修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（※重点コース（新潟大学医学部「新潟県地域枠」）の場合）・貸与を受けた期間に1.5を乗じて得た期間に相当する期間（当該期間が4年に満たない場合にあつては4年）（※重点コース（新潟県育成枠）の場合））以上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。

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 ㊥

別記第6号様式

新潟県医師養成修学資金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		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返還債務免除決定通知

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 ㊦

医師養成修学資金貸与事業実施規則第12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 回

新潟県医師養成修学資金返還猶予決定通知

年 月 日付けで申請のあったこのことについて、医師養成修学資金貸与事業実施規則第12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)

