

特定診療科奨学生願書（医学生用）

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)		性別 男・女	生年月日 年 月 日 (満 歳)	
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・卒業見込年月	学年： 年 / 卒業見込年月： 年 月		
希望する診療科（いずれかに○を付すこと）		産科・精神科・救急科・麻酔科・総合診療科		
臨床研修修了後に新潟県外での就業が返還免除の条件となっている その他奨学金を既に貸与されている、または今後申請を行う予定の有無			有 ・ 無	
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ましたうえは、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
	生年月日			
	電話番号			
	職 業			
	本人との続柄			

応 募 し た 理 由
奨 学 金 の 具 体 的 な 用 途
将 来 の 抱 負 (医師不足の新潟県で業務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)

(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）

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)		性 別	生 年 月 日
		男 ・ 女	年 月 日 (満 歳)
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
	出身大学	(年 月卒業)	
希望する診療科（いずれかに○を付すこと）		産科・精神科・救急科・麻酔科・総合診療科	
臨床研修修了後に新潟県外での就業が返還免除の条件となっている その他奨学金を既に貸与されている、または今後申請を行う予定の有無			有 ・ 無
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ましたうえは、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		
	電話番号		
	職 業		
	本人との続柄		

応 募 し た 理 由
奨 学 金 の 具 体 的 な 用 途
将 来 の 抱 負 (医師不足の新潟県で業務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)

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、精神科、救急科、麻酔科又は総合診療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。

臨床研修修了後の指定医療機関での勤務状況報告書（特定診療科奨学金実施要綱第 10 条に定める指定医療機関勤務の義務を履行した時点で提出）

氏 名

臨床研修修了後勤務した新潟県内の指定医療機関とその期間

[illegible]

新潟県特定診療科奨学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特定診療科奨学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 支給を受けた奨学金の額					
2 返還債務免除申請額					
3 差引額(1-2)					
4 奨学生		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

新潟県特定診療科奨学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、特定診療科奨学金実施要綱に基づき、下記のとおり奨学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 奨学金支給額 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)

新潟県特定診療科奨学金返還猶予申請書

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 印

特定診療科奨学金実施要綱第13条の規定により奨学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 返還未済の奨学金の額

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

新潟県特定診療科奨学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、特定診療科奨学金実施要綱第 13 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 奨学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)