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

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。

申請者　住　　所　（〒　　－　　）

(ふりがな)
氏　　名　　㊞

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（貸与受けたい修学資金のコース）	重点コース（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」）			
所属	大学名	獨協医科大学	所在地	栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 880
	学部(学科)	医学部		
	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（重点コース（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」））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	㊞	㊞
	生年月日	年　月　日生	年　月　日生
	電話番号		
	職　　業		
	本人との続柄		

所　信　書

申請者氏名（ふりがな）	年齢	大学・学部（学科）
㊞		獨協医科大学医学部

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）

別記第２号様式

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（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」））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（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」））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、直ちに新潟県内の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おいて、内科、外科、総合診療科、小児科のいずれかの診療科で業務に従事し、臨床研修に従事したときから通算して9年間勤務（うち5年間は新潟県と連携する市町村に所在する指定医療機関に勤務）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。

別記第２号様式の２

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、キャリア形成卒前支援プラン※への参加について同意するとともに、医師養成修学資金（重点コース（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則第８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（重点コース（獨協医科大学医学部「新潟県地域枠」））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おいて、内科、外科、総合診療科、小児科のいずれかの診療科で業務に従事し、臨床研修に従事した時点から通算して９年間以上在職（うち５年間は新潟県と連携する市町村に所在する指定医療機関に在職）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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入学出願者が未成年の場合、自署してください。）

※キャリア形成卒前支援プランとは、卒後のキャリア形成等を描けるよう、大学在学中から行う支援のこと。
※キャリア形成プログラムとは、地域枠医師等のキャリア形成と想定される指定医療機関等を示したもの。

新潟県地域枠　貸与枠希望順位申出書

受験番号
（※大学記入）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

募集要項記載の指定市町村の希望順位は、以下の通りです。

第１希望	津南町 （町立津南病院）	●	燕市/弥彦村 （済生会新潟県央基幹病院・県立吉田病院）
第２希望	津南町 （町立津南病院）	●	燕市/弥彦村 （済生会新潟県央基幹病院・県立吉田病院）

希望する市町村に〇をしてください