第１号様式（第１条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）修学資金貸付申請書

修学資金貸付申請書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

申請者氏名

神奈川県地域医療医師修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | | （性別　男・女） | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（満　　歳） | |
| 住所 | | 〒 | |
| 電話番号 | |  | |
| 大学名 | |  | |
| 本　人　の　履　歴 | | | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 現在の健康状態 | | １　良い　２　普通　３　悪い  （具体的な状態　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連　帯　保　証　人 | | | |
| ふりがな  氏名 | | （性別　男・女） | （性別　男・女） |
| 生年月日 | | 年　月　日（満　歳） | 年　月　日（満　歳） |
| 本人との関係 | |  |  |
| 住所 | | 〒 | 〒 |
| 電話番号 | |  |  |
| 勤務先等 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 年収(税込み額) | | 円 | 円 |

備考　連帯保証人が法人の場合は、氏名の欄に名称及び代表者の氏名を、住所の欄及び電話番号の欄に主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。生年月日の欄、勤務先等の欄及び年収の欄の記載は必要ありません。

第２号様式（第３条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

修 学 生 決 定 通 知 書

年　　月　　日

様

神奈川県知事

　あなたを神奈川県地域医療医師修学資金修学生として決定し、次のとおり修学資金を貸し付けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 修学生番号 |  |
| 月額 | 10万円 |
| 貸付期間 | 年　　月から　　　　年　　月まで |

第３号様式（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

誓　　約　　書

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

神奈川県知事殿

　私は、修学生として神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例及び神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

修 学 生 番 号修学生番号

住　　　　　所

氏　　　　　名　　　　　　　　印

　私どもは、上記修学生の連帯保証人として、修学生に誓約どおり履行させるとともに、修学生の債務を連帯して負担します。

連帯保証人　住　　　　　所

修学生との関係

氏　　　　　名　　　　　　　　印

年　　月　　日生

連帯保証人　住　　　　　所

修学生との関係

氏　　　　　名　　　　　　　　印

年　　月　　日生

第４号様式（第７条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

地域勤務期間中におけるキャリア形成プログラム選択（変更）書

　　年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |

私は、次のとおりキャリア形成プログラムを選択（変更）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 選択するキャリア形成プログラム名 |  |

第５号様式（第８条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

修学資金借用証書

修学資金借用証書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 | 印 | 生年月日 | 年　　月　　日 |

　私は、修学生として次のとおり神奈川県地域医療医師修学資金の貸付けを受けました。この修学資金は、神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例第10条第１項第１号の規定の適用を受ける見込みがなくなったときは、同条例及び神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従い、次の借用金額に利息を付した額を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| 借用金額 | 円 |
| 借用期間 | 年　　月から　　年　　月まで　　年　　か月 |

連帯保証人　住　　　　　所

修学生との関係

氏　　　　　名　　　　　　　　印

連帯保証人　住　　　　　所

修学生との関係

氏　　　　　名　　　　　　　　印

　私どもは、上記修学生の連帯保証人として、修学生に誓約どおり履行させるとともに、修学生の債務を連帯して負担します。

第６号様式（第９条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

修学資金等返還方法承認申請書

修学資金等返還方法承認申請書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |

　神奈川県地域医療医師修学資金等について、神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例第９条ただし書の規定による返還をしたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 借用期間 | 年　月から　年　月まで　　　年　か月 |
| 借用金額 | 円 |
| 返還金額 | 円（うち利息分　　　　円） |
| 返還事由 発生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 条例第９条ただし書の規定による返還をしようとする理由 |  |
| 変更後の返還方法 | １　月賦　　２　４分の１年賦　　３　半年賦 |

第７号様式（第12条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

修学資金等返還免除申請書修学資金等返還免除申請書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |

神奈川県地域医療医師修学資金等の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 借　用　期　間 | | 年　　月から　　　年　　月まで　　　年　　か月 | | | | |
| 借　用　金　額 | | 円 | | | | |
| 返　還　金　額 | | 円（うち利息分　　　　円） | | | | |
| 返　還　済　額 | | 円 | | | | |
| 返還免除申請額 | | 円 | | | | |
| 申請理由 | | 当然免除 | １　継続従事期間が特定期間に達した。  　　　継続従事期間　　年　月　日から　　年　月　日まで  　　　　　　　　　　　年　月　日から　　年　月　日まで  ２　特定医師業務上の事由による死亡  ３　特定医師業務上の事由による心身の故障 | | | |
| 裁量免除 | １　死亡  ２　心身の故障  ３　その他 | | | |
| 申請理由  発生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 現在の就業先 又は在学先 | | 名称 | |  | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 申請  理由  発生  まで  の状  況 | 期　　　　　間 | | | | | 就業先、進学先等 | |
| 年　月から　　年　月まで | | | | 年　か月 |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | | 年　か月 |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | | 年　か月 |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | | 年　か月 |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | | 年　か月 |  | |

第８号様式（第13条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

修学資金等返還猶予申請書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |

　神奈川県地域医療医師修学資金等の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 借用期間 | | 年　　月から　　　年　　月まで　　　年　　か月 | | | | | |
| 借用金額 | | 円 | | | | | |
| 返還金額 | | 円（うち利息分　　　　円） | | | | | |
| 返還済額 | | 円 | | | | | |
| 返還猶予申請額 | | 円 | | | | | |
| 返還猶予を求める期間 | | 年　　月から　　　年　　月まで | | | | | |
| 申請理由 | | １　被災  ２　心身の故障  ３　その他 | | | | | |
| 申請理由発生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 現在の就業先 又は在学先 | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 申請理由発生までの状況 | 期　　　　　間 | | | | 就業先、進学先等 | |
| 年　月から　　年　月まで | | | 年　か月 | |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | 年　か月 | |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | 年　か月 | |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | 年　か月 | |  | |
| 年　月から　　年　月まで | | | 年　か月 | |  | |

第９号様式（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

住所・氏名・勤務先変更届

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり変更しましたので、届け出ます。

１　修学生・修学資金の貸付けを受けた者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 | |  | |
| 新旧の別 | | 新 | 旧 |
| 住所 | | 〒 | 〒 |
| 電話番号 | |  |  |
| ふりがな  氏名 | | 印 |  |
| 勤務先等 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| その他重要な事項 | |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 変更理由 | |  | |

２　連帯保証人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新旧の別 | | 新 | 旧 |
| ふりがな  氏名 | | 印 |  |
| 修学生との 関係 | |  |  |
| 生年月日 | | 年　月　日生 |  |
| 住所 | | 〒 | 〒 |
| 電話番号 | |  |  |
| 勤務先等 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 年収  （税込み額） | | 円 | 円 |
| その他重要な事項 | |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 変更理由 | |  | |

備考　連帯保証人が法人の場合は、氏名の欄に名称及び代表者の氏名を、住所の欄及び電話番号の欄に主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。生年月日の欄、勤務先等の欄及び年収の欄の記載は必要ありません。

第10号様式（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

休　　学　　等　　届

　　年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |

次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出事項 | １　休学　　　　２　留年　　　　３　退学　　　　４　停学  ５　１、２又は４の事情の消滅　　　　６　辞退 |
| 届出事項  発生年月日  (期　　間) | 年　　　月　　　日  （　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで） |
| 届出理由 |  |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　月　　日

大学学長（氏　　名）印

備考　届出事項の６に該当する者にあっては、証明事項の記載は必要ありません。

第11号様式（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

死　　　亡　　　届

　　年　　月　　日

神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　親族（連帯保証人）　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　神奈川県地域医療医師修学資金の貸付けを受けた次の者が死亡したので、証明書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | |
| 修学生・修学資金の貸 付けを受けた者の氏名 |  | |
| 修学生・修学資金の貸付けを受けた者との関係 |  | |
| 就業等（直近）の状況 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 期間 | 年　　月から　　年　　月まで |
| 死亡年月日 | 年　　　月　　　日 | |

第12号様式（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

臨床研修開始（修了）届

臨床研修開始（修了）届

年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 | |

　次のとおり臨床研修を開始（修了）したので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修先 | 施設名又は所属団体名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 研修開始（修了）  年月日 | 年　　月　　日 | |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　月　　日

施設（所属団体）の長の職及び氏名印

第13号様式（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

業　務　等　異　動　届

年　　月　　日

神奈川県知事殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学生番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 | |

　次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出事項 | １　臨床研修を受けなかった。  ２　臨床研修を修了しなかった。  ３　特定医師業務に従事しなかった。  ４　継続従事期間が特定期間に達するまで、特定医師業務に従事しなかった。 |
| 届出事項発生年月日 | 年　　月　　日 |