第１号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

地域赴任医師研修修学金貸与申請書

　地域赴任医師研修修学金の貸与を受けたいので、地域赴任医師研修修学金貸与事業実施要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与申請額 | 金　　　　　　　　　円 |
| 貸与予定期間 | 平成　　年　　月から平成　　年　　月まで |
| 赴任先の医療機関 | 住所  名称  電話番号 |
| 赴任前の医療機関 | 住所  名称  電話番号 |

　添付書類

　　履歴書（市販の様式で可。写真不要）

　　医師免許証の写し

　　誓約書（別紙1）

　　推薦書兼保証書（第2号様式）

第１号様式（別紙１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

誓　　　約　　　書

　私は、地域赴任医師研修修学金の貸与を受けることになったときは、地域赴任医師研修修学金事業実施要綱の規定を遵守し、貸付の期間、（　　　　　　　　　　　　　）に勤務するとともに、自らの資質向上を目指して研究・研修に精励することを誓約します。

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者兼連帯保証人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

推薦書兼保証書

　下記の者は、地域赴任医師研修修学金貸与申請者として適当と認めますので推薦します。

　また、地域赴任医師研修修学金が貸与されたときは、その返還の債務については、借受者と連帯して、その責任を負います。

記

１　氏　　　　　名

２　診　　療　　科

３　勤務予定期間　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

第３号様式（その１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人高知医療再生機構

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　倉本　秋　　　　　　印

地域赴任医師研修修学金貸与決定通知書

　平成　　年　　月　日付けで申請のありました地域赴任医師研修修学金の貸与については、下記のとおり貸与することに決定しましたので通知します。

　なお、赴任日から1年未満で退職することとなったとき、又は休職等を余儀なくされることになったときは、速やかに一般社団法人高知医療再生機構へ報告してください。

記

　１　貸与する研修修学金の額　　金　　　　　　　　　　　　円

　２　貸 与 期 間　　　平成　　年　　月から平成　　年　　月まで

第３号様式（その２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人高知医療再生機構

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　倉本　秋　　　　　　印

地域赴任医師研修修学金貸与不承認決定通知書

　平成　　年　　月　日付けで申請のありました地域赴任医師研修修学金の貸与については審査の結果、貸与しないことに決定しましたので通知します。

第４号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

請　　求　　書

　地域赴任医師研修修学金貸与事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　ただし、平成２４年度地域赴任医師研修修学金として

|  |  |
| --- | --- |
| 振　　込　　先 | |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　当座 |
| 口座番号 |  |
|  |  |

第５号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

地域赴任医師研修修学金償還猶予申請書

　下記のとおり地域赴任医師研修修学金の償還の猶予を希望しますので、地域赴任医師研修修学金貸与事業実施要綱第９条第２項の規定により申請します。

記

１　貸与を受けた期間　　平成　　年　　月から平成　　年　　月まで

２　貸与を受けた修学金の額　　金　　　　　　　　　　　　円

３　償還猶予予定期間　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

４　修学金の償還の猶予を申請する理由

【注意】

　　診断書等、返還の猶予が必要なことを証明する資料を添付してください。

第６号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人高知医療再生機構

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　倉本　秋　　　　　　印

地域赴任医師研修修学金償還猶予承認通知書

　あなたに貸与しました地域赴任医師研修修学金については、平成　　年　　月　　日まで償還を猶予します。

　なお、猶予期間終了後は、一般社団法人高知医療再生機構が指定する期日までに返還してください。

第７号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

　　理事長　倉本　秋　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

地域赴任医師研修修学金償還免除申請書

　下記のとおり地域赴任医師研修修学金の償還の免除を希望しますので、地域赴任医師研修修学金貸与事業実施要綱第１２条第３項の規定により申請します。

記

１　貸与を受けた期間　　平成　　年　　月から平成　　年　　月まで

２　貸与を受けた修学金の額　　金　　　　　　　　　　　　円

３　償還の免除の要件となる県内医療機関での勤務期間

　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

４　修学金の償還の免除を申請する理由

【注意】

　　在職証明書等、返還免除に該当することを証明する資料を添付してください。

第８号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人高知医療再生機構

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　倉本　秋　　　　　　印

地域赴任医師研修修学金償還免除承認通知書

　あなたに貸与しました地域赴任医師研修修学金については、下記のとおり修学金の償還を免除します。

記

１　貸与した修学金の額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　償還済みの修学金の額　　　　金　　　　　　　　　　　　円

３　未償還の修学金の額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

４　償還を免除する修学金の額　　金　　　　　　　　　　　　円