（第１号様式の２）

専門医研修資金貸付申込書

年　　月　　日

香川県知事　殿

申込者（本人）氏　名

香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例第２条第２項の規定による専門医研修

資金の貸付けを受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　　　　　人 | ふりがな  氏名 |  | 卒業した大学名 | | 大学  学部　　　　学科  年　　　月卒業 | | |
| 生年月日  及び年齢 | 年　　月　　日生  （満　　歳） |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| 帰省先の住所及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| 貸付金額 | | 月額　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 貸付期間 | | 年　　　　月から　　　　年　　　　月まで | | | | | |
| 研修を受ける診療科名・研修プログラム名 | |  | | | | | |
| 専門研修期間中の  勤務（予定）医療機関名 | | 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 連　帯　保　証　人 | ふりがな  氏名 |  | 年齢 | 歳 | | 申請者  との関係 |  |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | 年齢 | 歳 | | 申請者  との関係 |  |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |

備考　次の書類を添付すること。

１　医師法(昭和２３年法律第２０１号)第１６条の４第２項に規定する臨床研修修了登録証

の写し

２　専門医研修を行う医療機関の開設者又は管理者の推薦書（第２号様式の２）

３　医師免許証の写し

４　その他知事が必要と認める書類

（第２号様式の２）

推　　　　　　薦　　　　　　書

氏　　名

生年月日

上記の者は、　　　　病院　　　　　科に　　　年　　月に所属して専門医研修を受けており、　　　年　　月に専門医研修を修了する見込みであって、研修医研修資金の貸付けを受けようとする者として適当と認められますので推薦します。

年　　月　　日

香川県知事　殿

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者又は管理者の氏名

（第３号様式）

年　　月　　日

香川県知事　殿

貸付決定番号第　　　　　　　　号

申請者　住　所

氏　名

電話番号

香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付規則第４条第３項の規定による保証人の

変更の承認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧連帯保証人 | ふりがな  氏名 |  |
| 住所及び  電話番号 | 電話　　　（　　　） |
| 新 連 帯 保 証 人 | ふりがな  氏名 |  |
| 住所及び  電話番号 | 電話　　　（　　　） |
| 年齢 | 歳 |
| 申請者との関係 |  |
| 変更の理由 | |  |

（第４号様式の２）

専　門　医　研　修　資　金　借　用　書

貸付決定番号第　　　　　号

金　　　　　　　　　　円

香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例の規定による専門医研修資金　　　　年

　　月分から　　　　年　　月分までとして、上記の金額を借用しました。

年　　月　　日

香川県知事　殿

住　所

研修医　氏　名

電話番号

住　所

連帯保証人　氏　名

電話番号

住　所

連帯保証人　氏　名

電話番号

（第５号様式の２）

専門医研修資金返還債務免除申請書

年　　月　　日

香川県知事　殿

申請者　住　所

氏　名

電話番号

貸付けを受けた者との続柄

香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例第７条第２項又は第３項の規定による

専門医研修資金の返還の債務の免除を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付決定番号 |  | |
| 貸付総額 | 円 | |
| 免除申請額 | 円 | |
| 免除を申請する理由 | □　香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例第７条第２項第１号に該当  □　その他 | |
| 香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例第７条第２項第１号に該当する場合にあっては、指定専門医療機関の名称及び業務に従事した期間 | 名　　　称 | 期　　　　　　間 |
|  | 年　月　日～　　年　月　日 |
|  | 年　月　日～　　年　月　日 |
|  | 年　月　日～　　年　月　日 |
|  | 年　月　日～　　年　月　日 |
|  | 年　月　日～　　年　月　日 |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日登録 | |
| 休　職　し　た　場　合　に　あ　っ　て　は、  その期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | |
| 死　亡　し　た　場　合　に　あ　っ　て　は、  その原因及び年月日 | 年　　月　　日 | |

備考　１　「免除を申請する理由」欄は、該当する□の中に***レ***印を記入し、「その他」の場合は、具体的な理由を記載すること。

２　知事が必要と認める書類を添付すること。

（第６号様式の２）

専門医研修資金返還債務履行猶予申請書

年　　月　　日

香川県知事　殿

申請者　住　所

氏　名

電話番号

貸付けを受けた者との続柄

香川県医学生修学資金及び専門医研修資金貸付条例第９条の規定による専門研修修学資金の

返還の債務の履行猶予を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付決定番号 |  |
| 貸付総額 | 円 |
| 猶予を受けようとする額 | 円 |
| 猶予を受けようとする理由 |  |
| 猶予を受けようとする期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日登録 |

備考　次の書類を添付すること。

１　猶予を受けようとする理由を証明することができる書類

２　その他知事が必要と認める書類

専門医研修資金貸付更新書

年　　月　　日

香川県知事　殿

申込者（本人）氏　名

香川県医学生修学資金貸付条例第２条の規定による医学生修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　　　　　人 | ふりがな  氏名 |  | 卒業した大学名 | | 大学  学部　　　　学科  年　　　月卒業 | | |
| 生年月日  及び年齢 | 年　　月　　日生  （満　　歳） |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| 帰省先の住所及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| 貸付金額 | | 月額　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 貸付期間 | | 年　　　　月から　　　　年　　　　月まで | | | | | |
| 研修を受ける診療科名・研修プログラム名 | |  | | | | | |
| 専門研修期間中の  勤務（予定）医療機関名 | | 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  | | | |
| 連　帯　保　証　人 | ふりがな  氏名 |  | 年齢 | 歳 | | 申請者  との関係 |  |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | 年齢 | 歳 | | 申請者  との関係 |  |
| 住所  及び電話番号 | 電話　　　（　　　） | | | | | |

備考　次の書類を添付すること

１

（規則第十一条第二項第一号関係）

氏　名　（住　所）　変　更　届

年　　月　　日

香川県知事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり氏名（住所）を変更したので報告します。

１　新事項

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒  電話　　　（　　　） |
| 氏名 |  |

２　旧事項

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒  電話　　　（　　　） |
| 氏名 |  |

３　変更年月日　　　　年　　月　　日

備考　次の書類を添付すること。

１　住民票

（規則第十一条第一項第二号関係）

勤　務　先　変　更　届

年　　月　　日

香川県知事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり勤務する医療機関を変更したので報告します。

１　新事項

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の住所 | 〒  電話　　　（　　　） |
| 医療機関の名称 |  |

２　旧事項

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の住所 | 〒  電話　　　（　　　） |
| 医療機関の名称 |  |

３　変更年月日　　　　年　　月　　日

４　勤務先変更に至った理由

（規則第十一条第二項第三号関係）

専　門　研　修　修　了　等　届

年　　月　　日

香　川　県　知　事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり専門研修を修了（中止・休止・再開・変更）したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出事由 | １　専門研修の修了  ２　専門研修の中止  ３　専門研修の休止  ４　専門研修の再開  ５　専門研修の変更  （該当するものを○で囲んでください。） |
| 開始（修了・休止・再開）等、年月日 | 年　　月　　日 |
| 休止(変更)等理由 |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　年　　月　　日  病院（診療所）所在地  病院（診療所）名  病院（診療所）長氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

（規則第十一条第二項第五号関係)

専 門 医 研 修 資 金 貸 付 辞 退 届

平成　　年　　月　　日

香川県知事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、研修資金等の貸付を受けることを辞退したいので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 理　　　由 |  |
| 借用済額 | 年　　　月分から  年　　　月分まで　　　　　　計　金　　　　　　　円 |
| 借用書提出予定日 | 年　　　月　　　日 |

（規則第十一条第二項第七号関係）

専　門　医　認　定　取　得　届

平成　　年　　月　　日

香川県知事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、専門医の認定を受けたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 登録年月日 |  |

※　専門医認定証の写しを添付すること。

（規則第十一条第二項第八号関係）

指 定 専 門 医 療 機 関 業 務 開 始 届

平成　　年　　月　　日

香川県知事　殿

借受人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

専門研修修了後、引き続き香川県知事の指定する専門医療機関において、特定診療科に係る業務を開始したので、その旨報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先  （医療機関の名称） |  |
| 勤務開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 期間(予定) | 年　間 |

（規則第十一条第三項関係）

死　亡　届

平成　　年　　月　　日

香川県知事　殿

保証人　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、借受人が死亡したので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 死亡年月日 | 年　　月　　日 |
| 研修資金等借用済額 | 年　　　月分から  年　　　月分まで　　　　　　計　金　　　　　　　　　円 |

※戸籍（除籍）謄本を添付すること。