

へき地勤務医師等修学資金貸与申請書

へき地勤務医師等修学資金貸与条例に基づき修学資金の貸与を受けたいので申請します。
 なお、貸与を受けるについては、貸与条件を遵守し、卒業後は、へき地勤務医師等修学資金貸与条例第2条に規定するへき地医療機関等に勤務し、診療に従事することを誓います。

年 月 日

申請者 現住所
 氏 名
 申請者未成年の場合
 親権者（後見人） 住 所
 氏 名

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

上記の者がへき地勤務医師等修学資金の貸与を受けたときは、本人と連携してその返還の債務を負担します。

年 月 日

連帯保証人 住 所
 氏 名 印
 連帯保証人 住 所
 氏 名 印

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

現住所	(〒)			写真ちょう付 ※枠内に余白が出ても かまいません (脱帽正面上半身像)
氏 名	(フリガナ)			
生年月日	年 月 日生	(満 歳)		
連絡先 電話番号				
義務教育 修了後 の学 歴	学校 学部 学科	修業年限	修学期間	卒業・修了・中退・在学の別
		年	年 月～ 年 月	
連 帯 保証人	現住所	(〒) 電話番号 ()	現住所	(〒) 電話番号 ()
	氏 名	(フリガナ)		氏 名 (フリガナ)
	生年月日			生年月日
	職 業 (勤務先)			職 業 (勤務先)
	本人との続 柄又は関係			本人との続 柄又は関係

届 出 書	
<p>希望する診療科</p> <p>※届出時点において希望する診療科(全て)に○をつけること。</p> <p>なお、届出時点が初期臨床研修修了時点の場合は、いずれか1つに○をつけること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・産科（産婦人科） ・小児科 ・麻酔科 ・救急科 ・脳神経外科 ・整形外科
<p>届出時点</p> <p>※いずれかに○をつけること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・貸与申請時点 ・初期臨床研修 開始時点 ・初期臨床研修 修了時点
<p>初期臨床研修先</p> <p>※初期臨床研修医の場合、いずれかに○をつけること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島大学病院 ・鹿児島県立病院群
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>鹿児島県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>	