別記様式第１号（第２条関係）

地域医療をリードする医師育成留学資金貸与申請書

|  |
| --- |
| 貸　　与　　番　　号 |
| （※記入しないでください。）  　　地　リ　貸　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新  規  ・  継  続  の  別 | １ 新　規    ２ 継　続 | 氏  名 |  | （姓） | | | | | | | | | | （名） | | | | | | | | | | | |
| カ  タ  カ  ナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 漢  字 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 | | | 生 　年 　月 　日 | | | | | | | | | | | | | 貸付種別 | | | | 貸与年額 | | | | | | 留学研修予定期間 | | | | | | | | | |
| 開始 | | | | | 修了（見込み） | | | | |
|  | | | 元号 | | 年 | | | | 月 | | | 日 | | | | 1 海外留学  2 国内留学 | | | | 万円 | | | | | | 元号 | 年 | | 月 | | 元号 | 年 | | 月 | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貸　　与　　希　　望　　期　　間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医籍登録  年月日  および  登録番号 | | | | 登録年月日 | | | | | 登録番号 | | | | | |
| 元号 | 年 | | | 月 | | | | 分  から | | | 元号 | | 年 | | | | 月 | | 分  まで | | 年 月 日 | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 留学研修先  機関名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留学研修先  機関所在地 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留学研修修了後の勤務先医療機関（予定） | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 滋賀県地域医療をリードする医師育成留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。  　　年　　　月　　　日  　滋賀県知事　あて 　　　　　 （申請者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　 氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　－ |

|  |
| --- |
| 保証書  　上記の者が貸与を受ける滋賀県地域医療をリードする医師育成留学資金については、本人と連帯して債務を負担します。  　　年　　　月　　　日  　 　滋賀県知事　あて　　　　　　（連帯保証人）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所    　　　　　 氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（続柄） |

※１　連帯保証人の印は、実印を押印してください。

※２　裏面に記載する書類を添付してください。

**【添付書類】**

（１）誓約書（別記様式第２号）

（２）履歴書（別記様式第３号）

（３）留学研修希望理由書（様式任意・1,600字程度）

（４）留学研修実施計画書（別記様式第４号）

（５）口座振込依頼書（別記様式第５号）

（６）医師免許証の写し

（７）申請者の住民票記載事項証明書

（８）連帯保証人の住民票記載事項証明書

（９）連帯保証人の印鑑登録証明書

（10）その他知事が必要と認めるもの