第１号様式（第７条関係）

修学資金貸与申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）氏名

　修学資金の貸与を受けたいので、三重県医師修学資金貸与規則第７条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　貸与を受けることとなった上は、三重県医師修学資金返還免除に関する条例及び三重県医師修学資金貸与規則の規定を遵守し、同条例に規定する必要勤務期間、キャリア形成プログラムに基づき勤務する医療機関における業務に従事することを誓います。　　　　　　　　　　　　なお、三重県医師修学資金返還免除に関する条例及び三重県医師修学資金貸与規則に基づく届出書類の提出を怠った場合は、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことついて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな |  | 大学名等 | 大学 | | |
| 氏名 |  | 学科 | | |
| 生 年 月 日及び年齢 | 年　月　日(満　歳） | 所属する学年 | | |
| 現住所及び  電話番号（携帯） | 〒  　　　（　　　）　　　　― | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 帰省先住所及び  電話番号（自宅） | 〒    　　　　（　　　）　　　　― | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 |  | 生年月日及び年齢 | 年　月　日(満　歳） | | |
| 現住所及び  電話番号（携帯） | 〒  　（　　　）　　　　― | | | 続柄 |  |
|  | メールアドレス |  | | |

　添付書類

　　１　大学の在学証明書

　　２　住民票又はこれに代わるもの

　　３　在学する大学の学長又は学部長の推薦調書

　　４　連帯保証人の所得証明書及び住民票

５　申請者及び連帯保証人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し

　　６　その他知事が必要と認めるもの

第2号様式（第9条関係）

　収入印紙

三重県医師修学資金借用証書

金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　上のとおり正に借用し、金員（　　　　年度分）を受領しました。ついては、次の特約条項を厳守します。

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

申請者（本人）住所

氏名

決定番号　　　　　　　　　　　―

電話番号（携帯）

メールアドレス

連帯保証人　住所

氏名

電話番号（携帯）

特約条項

　　申請者（以下「甲」といいます。）は、修学資金の貸与に関し、三重県医師修学資金返還免除に関する条例（以下「条例」といいます。）及び三重県医師修学資金貸与規則（以下「規則」といいます。）の規定並びに次の条項を遵守することを確約します。

　　（借入金の返還免除）

　第１条　甲は、条例に基づき、三重県知事（以下「乙」といいます。）に対して、貸与を受けた修学資金（以下「借入金」といいます。）の返還及び利息（延滞利息を含みます。）の支払の全部又は一部の免除について申請ができるものとします。

　　（借入金の返還）

　第２条　甲は、規則に基づき、次の各号のいずれかに該当し返還を請求された場合には、借入金の額に、貸与を受けた日の翌日から第１号に規定する場合は大学を退学した日、第２号に規定する場合は乙が同号に規定する事由を認めた日、第３号に規定する場合は医師免許取得の日（医師免許取得の日までに同号に規定する事由が発生した場合は、乙が同号に規定する事由を認めた日）、第４号に規定する場合は同号に規定する事由が確定した日までの期間の日数に応じ年10パーセントの割合で計算した利息を加えた額を乙の定める日までに返還するものとします。

　　(１)　規則第10条第１項第１号の規定により、乙が貸与の決定を取り消したとき。

　　(２)　規則第10条第１項第２号から第７号までの規定により、乙が貸与の決定を取り消したとき。

　　(３)　修学資金の貸与の目的を甲が達成する見込みがなくなったと乙が認めたとき。

　　(４)　大学を卒業する日の属する年度及び大学を卒業する日から起算して一年を経過する日の属する年度に実施される医師法（昭和23年法律第201号）第９条に規定する医師国家試験に合格せず、医師免許を取得することができなかったとき。ただし、疾病、災害その他やむを得ない理由によると知事が認めた場合は、この限りではない(平成21年４月以降の貸与決定者を対象とします。)。

　２　甲は、正当な理由がなく借入金を前項の乙の定める日までに返還しなかったときは、三重県債権の管理及び私債権の徴収に関する条例（平成26年三重県条例第２号）第７条の規定により計算した延滞利息を支払うものとします。

　　（届出）

　第３条　甲は、次の各号のいずれかに該当する事実があるときは、10日以内に乙に届け出るものとします。

　　(１)　大学を退学し、休学し、若しくは復学し、又は停学の処分を受けたとき。

　　(２)　臨床研修を開始したとき及び臨床研修先に変更があったとき。

　　(３)　修学資金の貸与を受けることを辞退するとき。

　　(４)　大学における修学に耐えない程度の心身の故障を生じたとき。

　　(５)　氏名又は住所を変更したとき。

　　(６)　キャリア形成プログラムに基づき勤務する医療機関の業務に従事したとき又は勤務先に変更があったとき。

　　(７)　連帯保証人の氏名、住所若しくは職業に変更があったとき又は死亡その他連帯保証人として適当でない事由が生じたとき。

　２　甲は、条例第２条第２項第２号に規定する医学に関する専門知識の修得を目的とする修学を行う場合（規則第13条の３第２項の規定による知事の承認を受けた場合を除きます。）は、医学に関する専門知識修得計画書を当該修学を行う３月前までに乙に提出するものとします。

（医師業務従事の中断期間等の申請）

　第３条の２　甲は、条例第２条第２項第２号に規定する医学に関する専門知識の修得を目的とする修学を行う場合であって、同号に規定する２年間の限度を超えて医師業務従事の継続性を中断しようとするときは、医学に関する修学のための中断期間等承認申請書（第３号様式の２）をその中断の開始を希望する日の３月前までに乙に提出するものとします。

　　（連帯保証人）

　第４条　保証人は、この契約から生ずる一切の債務につき甲と連帯し、甲と保証人の間の契約のいかんにかかわらず、履行の責めを負うものとします。

　２　甲は、乙が保証人の追加を必要と認めて請求した場合は、直ちにこれに応ずるものとします。

　３　乙は、保証人の変更に関し甲から請求があり、適当と認めるときはこれを変更するものとします。

　４　甲又は保証人は、乙が他の保証人につき免除又は変更を行っても異議を申し立てないものとします。

　５　保証人は、資金の返還の期日及び方法につき、甲乙間においていかに取り計らわれても異議を申し立てないものとします。

　　（合意管轄）

　第５条　この契約に関する訴訟については、津市を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

　添付書類

所属する学年を記載した在学証明書（初年度は除きます。）、申請者及び連帯保証人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の

写し

第３号様式（第11条関係）

修学資金返還免除申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　三重県知事　宛て

申請者住所

氏名

貸与を受けた者との続柄

決定番号　　　　　　　―

電話番号（携帯）

メールアドレス

　三重県医師修学資金貸与規則第11条の規定により、下記のとおり修学資金の返還及び利息（延滞利息を含む。）の支払の全部又は一部の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

　なお、申請の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸与を受けた者の住所 |  | |
| 貸与を受けた者の氏名 |  | |
| 貸与を受けた者の生年月日  及び年齢 | 年　　月　　日（満　　歳） | |
| 貸与を受けた修学資金の  総額 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 貸与を受けた修学資金の  返還未済額 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 返済未済額のうち免除を  受けようとする額 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 修学資金返還免除の対象となる県内の医療機関等の名称及びその勤務（研修）期間 | 名　　　　　　称 | 勤務（研修）期間 |
|  |  |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | （　　　　　　号）　　　　年　　月　　日登録 | |
| 休職の有無及びその期間 |  | |
| 死亡又は退職の理由及びその年月日 | 年　　月　　日（死亡・退職） | |

　備考　該当しない事項の欄には「該当なし」と記入してください。

　添付書類

　　１　修学資金返還免除の対象となる県内の医療機関等の名称及びその勤務（研修）期間を証明する書面

　　２　休職及びその期間を証明する書面

　　３　死亡又は退職の理由及びその年月日を証明する書面

第３号様式の２（第13条の３関係）

医学に関する修学のための中断期間等承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

申請者（本人）住所

氏名

　　　決定番号　　　　　　―

電話番号（携帯）

メールアドレス

　　三重県医師修学資金貸与規則第13条の３第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　　なお、申請の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師業務従事を中断する事由（□にレを入れてください。） | □　１　大学院（学校教育法に規定する大学院をいう。）に在学しようとする場合  □　２　県外の医療機関における業務に従事しようとする場合  □　３　上記以外の場合 |
| 主たる修学先の名称及び所在地 |  |
| 修　学　期　間 | 年　　月　　日から  　　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 修　学　内　容 |  |
| 医師業務従事を中断するやむを得ない理由  　上段で「３　上記以外の場合」を選択した場合は、その理由も含めて記載してください。 |  |

第４号様式（第16条関係）

修学資金返還猶予申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　貸与を受けた者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

メールアドレス

　　三重県医師修学資金貸与規則第16条の規定により、下記のとおり修学資金の返還及び利息（延滞利息を含む。）の支払の全部又は一部の猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

　　なお、申請の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与を受けた者の住所 |  |
| 貸与を受けた者の氏名 |  |
| 貸与を受けた者の生年月日及び年齢 | 年　　月　　日（満　　歳） |
| 貸与を受けた修学資金の総額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 貸与を受けた修学資金の返還未済額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | （　　　　　　号）　　　　年　　月　　日登録 |
| 在学する大学若しくは大学院の名称又は在職する病院若しくは診療所の名称 |  |
| 猶予を受けようとする理由 |  |
| 猶予を受けようとする期間 |  |

　添付書類

　　猶予を受けようとする理由の欄に記載する事由を証する書面

第５号様式（第18条関係）

退　　　　　　学　　　　　　届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

申請者住所

　　　氏名

貸与を受けた者との続柄

　　　決定番号　　　　　　　―

電話番号（携帯）

メールアドレス

　　次のとおり大学を退学した（退学の処分を受けた）ので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、大学に対し照会を行うことについて同意します。

（本人記入欄）

　１　退学（退学処分）年月日　　　　　　年　　月　　日

　２　理由

（大学記入欄）

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　月　　日

大学所在地

学長又は学部長　氏名　　　　　　　　　印

（大学記入欄）

　大学事務担当者

　　　所属

　　　氏名

　　　電話

　　　メールアドレス

第６号様式（第18条関係）

休学等届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　貸与を受けた者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり大学を休学した（停学の処分を受けた）ので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、大学に対し照会を行うことについて同意します。

（本人記入欄）

　１　休学（停学処分）期間　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

　２　理由

（大学記入欄）

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　大学所在地

　　　　　　　　　　　　　　　学長又は学部長　氏名

　　　　　　　印

（大学記入欄）

　大学事務担当者

　　　所属

　　　氏名

　　　電話

　　　メールアドレス

第７号様式（第18条関係）

復　　　　　　学　　　　　　届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり大学に復学したので届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、大学に対し照会を行うことについて同意します。

（本人記入欄）

　　復学年月日　　　　　　年　　月　　日

（大学記入欄）

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　月　　日

大学所在地

学長又は学部長　氏名　　　　　　　　　　印

（大学記入欄）

　大学事務担当者

　　　所属

　　　氏名

　　　電話

　　　メールアドレス

第８号様式（第18条関係）

臨　床　研　修　開　始（変　更）届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

申請者（本人）住所

　　　　　　　氏名

　　　　　決定番号　　　　―

　電話番号（携帯）

　　メールアドレス

　次のとおり臨床研修を開始（変更）したので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

１　臨床研修開始（変更）年月日　　　　　　年　　月　　日

２　医療機関名及び所在地（変更の場合は、変更前と変更後を記入）

　　　　医療機関名：

　　　　所　在　地：

添付書類

医師免許証のコピー（臨床研修開始時のみ）

第９号様式（第18条関係）

修学資金貸与辞退届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　貸与を受けた者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次の理由により医師修学資金の貸与を辞退します。

　　理由

第10号様式（第18条関係）

疾病等届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　貸与を受けた者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり、大学における修学に耐えない程度の心身の故障を生じたので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　１　心身の故障が生じた日　　　　　　年　　月　　日

　２　疾病等の内容

　添付書類

　　医師の診断書

第11号様式（第18条関係）

住　 所（氏　 名）変　 更　 届

年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり住所（氏名）を変更したので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　１　住所（氏名）

　　　変更前

　　　変更後

　２　理由

　３　変更年月日　　　　　　年　　月　　日

　添付書類

　　住民票、運転免許証等の写し（変更後の内容が分かる書類）

第12号様式（第18条関係）

勤務開始届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり医師として勤務を開始したので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　１　勤務開始年月日　　　　　　年　　月　　日

　２　医療機関名及び所在地

第13号様式（第18条関係）

勤務先変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり勤務先を変更したので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　変更前

　　医療機関名

　　所在地

　　（勤務終了年月日　　　　　　年　　月　　日）

　変更後

　　医療機関名

　　所在地

　　（勤務開始年月日　　　　　　年　　月　　日）

第14号様式（第18条関係）

連帯保証人（住所、氏名、職業）変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　次のとおり連帯保証人について変更がありましたので届け出ます。

　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　１　変更事項

　　　　変更前

　　　　変更後

　　　連帯保証人を変更した場合はその住所、連絡先

　　　　　住　所　：　〒

　　　　　電話番号：

　　　　　メールアドレス：

　　　　　職業

　２　変更年月日　　　　　　年　　月　　日

　添付書類（連帯保証人を変更した場合）

　　１　変更後の連帯保証人の所得証明書及び住民票

　　２　申請者及び変更後の連帯保証人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許

　　　　証等）の写し

第15号様式（第18条関係）

医学に関する専門知識修得計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　三重県医師修学資金貸与規則第18条第２項の規定により、下記のとおり届けます。　　なお、届出の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる修学先の名称及び所在地 |  |
| 修学期間 | 年　　月　　日から  　　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 修学内容 |  |

第16号様式（第19条関係）

キャリア形成プログラム承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（本人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　三重県医師修学資金返還免除に関する条例第２条第１項に規定する承認を受けたいので申請します。

　　なお、申請の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

　（申請者記入欄）

　　　キャリア形成プログラム名

　　　　　病院名　：

　　　　　診療科名：

　（県記入欄）

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

所在地

三重県地域医療支援センター長

氏名

印