

様式第1号（第3条関係）

研修資金貸与申請書

年　月　日

大子町長 様

申請者 住所  
氏名

印

連帯保証人 住所  
氏名

印

連帯保証人 住所  
氏名

印

修学資金の貸与を受けたいので、大子町産婦人科医師研修資金貸与条例施行規則第3条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 氏名			性別	男・女
	生年月日	年　月　日			
	現住所	〒 電話番号			
	帰省先の 住所	〒 電話番号			
研修先	名称 所在地				
研修期間	年　月　日開始		年　月　日終了予定		
医籍登録事項	登録年月日 年　月　日		登録番号 第		
臨床研修病院 (専門研修の際 記入)	名称 所在地				
貸与希望期間	年　月から　年　月まで				
他の研修資金等 の貸与の有無	有　・　無				

(裏)

連帯保証人

フリガナ 氏名	-----		性別	男・女
生年月日	年　　月　　日	申　請　者 との関係		
現住所	〒 電話番号			
フリガナ 氏名	-----		性別	男・女
生年月日	年　　月　　日	申　請　者 との関係		
現住所	〒 電話番号			

添付書類

- ・応募理由書（様式第2号）、誓約書（様式第3号）、履歴書、医師免許の写し
- ・臨床研修に係る研修費を申請する場合  
　　臨床研修受講証明書（様式第4号）又は臨床研修予定先届出書
- ・産婦人科専門研修に係る研修費を申請する場合  
　　専門研修受講証明書又は専門研修予定先届出書

様式第2号（第3条関係）

応募理由書

年 月 日

申請者 氏名

研修資金に応募した理由及び研修資金の使途を記入してください。

様式第3号（第3条関係）

誓 約 書

年 月 日

大子町長 様

申請者 住所

氏名

印

連帯保証人

住所

氏名

印

連帯保証人

住所

氏名

印

私は、大子町産婦人科医師研修資金貸与条例に基づく研修資金を受けることが決定したときは、同条例及び同条例施行規則を遵守し、将来、大子町の医療機関において産婦人科医師の業務に従事することを誓約します。

なお、研修資金の返還事由が生じたときは、大子町長の指定する期日までに研修資金及びその利息を返還するとともに、連帯保証人においては、円を極度額として本人と連帯し、返還債務を履行することを保証します。

様式第4号（第3条関係）

臨床研修受講証明書

年　月　日

大子町長　　様

病院所在地

病院名

病院長

印

次の者は、当院において臨床研修を受講していることを証明します。

住 所			
氏 名			
研修の期間	年　月　日から	年　月　日	
診療科名			

様式第5号（第3条関係）

産婦人科専門研修受講証明書

年　月　日

大子町長　　様

病院所在地

病院名

病院長

印

次の者は、当院において産婦人科専門研修を受講していることを証明します。

住 所			
氏 名			
研修の期間	年　月　日から	年　月　日	
診療科名			

様式第6号（第3条関係）

研修予定先届出書

年　月　日

大子町長 様

届出者 氏名

印

大子町産婦人科医師研修資金貸与条例施行規則第3条の規定により、次のとおり研修予定先について届け出ます。

研修予定先一覧

研修開始 予定年月日		年　月　日
研修の種別		臨床研修・産婦人科専門研修
番号	病院名	所在地
1		
2		
3		