要綱第１号様式

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修学資金貸与者推薦調書 | | | | | | |
| 学 校 名 | |  | | 推薦順位 |  | |
| （ふりがな）  氏　名 | |  | | 入学年月 | 年 　　月 | |
|  | |
| 卒業予定年月 | 年　 月 | |
| 生年月日 | | 年　　月 日生（　　歳） | | 在学年 | 第 　　 学年 | |
| 入学枠（該当に〇） | | 地域枠（名称：　　　　　）　・　地域枠以外（名称：　　　　　　　） | | | | |
| 学力評価 | 区分 | 学力基準の内容（各項目のいずれかに該当すれば可） | | | | 該当に○ |
| Ａ | ①　1年生の場合、入学試験の成績が上位1/3以上 | | | |  |
| ②　2年生以上の場合、前年度の学業成績が上位1/3以上 | | | |
| Ｂ | ①　1年生の場合、入学試験の成績が上位1/2以上1/3未満 | | | |  |
| ②　2年生以上の場合、前年度の学業成績が上位1/2以上1/3未満 | | | |
| Ｃ | ①　1年生の場合、入学試験の成績が上位2/3以上1/2未満 | | | |  |
| ②　2年生以上の場合、前年度の学業成績が上位2/3以上1/2未満 | | | |
| Ｄ | 上記以外の者 | | | |  |
| 健康状態 | ①　修学に十分耐えうるものと認められた者 | | | | | □適 |
| ②　卒業後、県内のへき地医療機関等又は救急病院若しくは救急医療機関等において業務を十分行うことができると見込まれる者 | | | | | □適 |
| 健康上の特記事項（任意記入） | |  | | | |
| その他意見 | （申請者の人物評価等その他推薦事項：任意記入） | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 上記の者は修学資金貸与者として適当と認められますので推薦をします。  　三重県知事　宛て  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　 日  　　　　　　　　　　　大学の学長又は学部長 | | | | | | |

※２名以上推薦の場合で必要な場合は推薦順位を記載してください。

　なお、審査の参考とさせていただきますので御了承ください。

要綱第2号様式

誓　約　書

　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並びに三重県医師修学資金貸与要綱の規定に従い、「三重県地域医療支援センターキャリア形成プログラム」に基づき医師業務に従事することを確約します。

　また、在学中は、卒業までの期間、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援することを目的として三重県が策定した、「三重県地域医療支援センターキャリア形成卒前支援プラン」が適用されることに同意します。

年　　月　　日

三重県知事　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人）

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連帯保証人）

住所

氏名

添付書類

　申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し

要綱第３号様式

三重県医師修学資金応募理由書

氏名

１　本修学資金に応募した理由をできるだけ具体的に記入してください。

２　職業に関する将来の目標をできるだけ具体的に記入してください。

３　他の奨学金等を受けられている方又は受ける方はその名称を記入してください。

要綱第４号様式

口座振替申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　三重県知事　宛て

下記のとおり口座振替払いをお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　－ |
|
| 氏　　　名 |  |
|
| 電話番号 （携帯） |  |
|
| メール アドレス |  |
|
| 大　　　学 |  |
|
| 大学所在地 |  |
|
| 金融機関名 （支店名） |  |
|
| 預金種目 |  |
|
| 口座番号 |  |
|
| （ふりがな） |  |
| 口座名義人 |
| 備　　　考 |  |
|

　※　国内に本支店を置く金融機関（全国銀行協会加盟店）に限ります。

　 　 郵便局については、銀行間での振込が可能な口座（ゆうちょ銀行口座）に限ります。

要綱第５号様式

**業務従事（研修）証明書**

　　　三重県知事　宛て

申請者住所

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３項の規定により、下記のとおり提出します。

　なお、本証明書について、関係医療機関から三重県知事へ提出すること及び必要な範囲内で関係医療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

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | **年　　月　　日** |
| 医籍登録番号 | **第　　　　　　　号** |
| 勤務（研修）期間及び月数 | **年　月　日　～　　　年　月　日（　　カ月）** |
| 勤務（研修）期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由 | **年　月　日　～　　　年　月　日（　　カ月）** |
| **（理由）** |
| 備考 |  |

　　　上記の者は、当施設において次のとおり（　業務に従事　・　研修　）していたことを証明します。

　年　　月　　日

所在地：

医療機関名　：

代表者　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務担当者 | 担当部署名 |  | 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  | eメール |  |

※　本証明書の提出は、医療機関からeメール又は郵送等で県に提出いただきますようお願いします。

　　●提出先：〒514-8570　三重県津市広明町１３番地　三重県医療保健部医療人材課

　　　　　　　TEL：059-224-2326

　　　　　　　医師修学資金専用メールアドレス: shugaku01@pref.mie.lg.jp

　　　　　　eメールの場合は、個人情報保護のため、パスワードを設定する等の対応を行ってください。

※　貸与者から県に本証明書が提出された場合は、医療機関に内容を確認させていただく場合があります。

※　本証明書は、修学資金返還免除申請時の証明書類（勤務又は研修の状況等を証明する書類）として必要です。

　　提出等が無い場合、返還免除が認められないことがありますので、十分ご留意ください。

※　毎年、３月31日現在の状況を４月30日までに提出してください。

　　（年度途中に勤務（研修）先を変更した場合は、変更前の状況を30日以内に提出してください。）

要綱第6号様式

勤務希望調書

　　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

　　以下のとおり、勤務希望について報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　希望する勤務 | （１）勤務コースの選択 | １、９年間コース  　（キャリア形成プログラムに基づく９年間勤務）  ２、県内勤務医コース（卒後県内１０年間勤務）  ３、へき地医療コース（卒後県内６～７年間をへき地医療機関等で勤務）  　※２、３は平成29年度の制度改正の経過措置により、平成29年度までの貸与決定者のみ選択が可能 | 回答番号 |  |
| （２）専攻医の登録状況 | 日本専門医機構が認定する19基本領域の専門研修プログラムの登録状況  　１　登録有り　　２　登録無し | 回答番号 |  |
| 登録有りの場合はプログラム名  （　　　　　　　　）病院  （　　　　　　　　）科専門研修プログラム※１ | | |
| （３）勤務先 | 勤務先（予定）について  　１　勤務予定先有り　　　２　未定 | 回答番号 |  |
| 勤務予定先有りの場合は、病院名・診療科名  （　　　　　　　）病院  （　　　　　　　）科で勤務予定 | | |
| ２　入局状況 | | １　入局している  ２　入局予定  ３　入局は予定していない  ４　未定 | 回答番号 |  |
| 入局（予定）有りの場合は、入局（予定）先について記入して下さい。  　（　　　　　　　）大学（　　　　　　　）科 | | |

　　　（注※1）県外での研修は事前に中断の協議又は手続きが必要です。

要綱第７号様式

返還申立書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　三重県知事　宛て

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

　下記の理由により、医師修学資金を返還します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還となった事由  及びその詳細 | （事由）  　□　大学を退学  　□　心身の故障のため、大学における修学を継続することが  　　　できなくなった  　□　性行又は学業成績が著しく不良となった  　□　修学資金の貸与を受けることを辞退  　□　死亡  　□　偽りその他不正の手段により修学資金の貸与を受けた  　□　修学資金の貸与の目的を達成する見込みがなくなった  　□　医師免許を取得することができなかった  （詳細） | | | |
| 貸与を受けた額 | 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 入金日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 貸与総額  （利息を除く） |  | | | 円 |

※　返還となった事由等を証する書面がある場合は、添付してください。

※　貸与年度毎に、入金日の翌日から返還事由毎に定める日までの日数に応じ、利息を計算します。

※　返還承認後、返還総額（貸与額及び利息）を通知します。原則、一括返還となりますので、ご留意

　ください。

※　返還を行うことについては、あらかじめ連帯保証人にもご連絡をお願いします。