

様式第 1 号 (第 3 条関係)

年 月 日

兵庫県病院事業管理者 様

申請者 氏 名

(本 人)

修 学 資 金 貸 与 申 請 書

修学資金の貸与を受けたいので、病院局中播磨及び西播磨地域医師修学資金貸与規程施行要領第 3 条の規定により必要書類を添えて申請します。

本 人	ふりがな		大学名	学 科
	氏 名			
	生年月日及び年齢	年 月 日 (満 歳)		
	現住所及び 電話番号	〒 () -		
	帰省先住所及び 電話番号	〒 () -		
連 帯 保 証 人	氏 名	(実印)	生年月日	年 月 日
	住 所	〒		続
	電話番号	() -		柄
	氏 名	(実印)	生年月日	年 月 日
住 所	〒		続	
電話番号	() -		柄	

添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 健康診断書 (申請の日前 2 箇月以内に国立又は公立の医療機関において作成したもの)
- (3) 大学の在学証明書
- (4) 誓約書 (様式第 2 号)
- (5) 合格通知書の写し
- (6) 印鑑証明書 (連帯保証人のみ、提出の日前 3 箇月以内に発行されたもの)

指定病院のうち将来、勤務を希望する病院

面接時の参考資料とするため、現在の希望を記載ください。

(修学を続けられる中で、希望が変更となることもあるため、あくまで現在の希望でご記入ください。)

希望順位	希望病院	理由(簡潔に)
1		
2		
3		

(指定病院)

県立はりま姫路総合医療センター

県立加古川医療センター

国立病院機構 姫路医療センター

日本赤十字社 姫路赤十字病院

赤穂市民病院

公立宍粟総合病院

様式第2号(第3条関係)

年 月 日

兵庫県病院事業管理者 様

本人住所

氏名

連帯保証人住所

氏名

(実印)

連帯保証人住所

氏名

(実印)

誓 約 書

修学資金貸与学生に御採用の上は、病院局中播磨及び西播磨地域医師修学資金貸与規程並びに同施行要領を守り、貸与学生としての品位を保つとともに、臨床研修修了後は、直ちに指定病院に勤務することを誓います。

また、病院局中播磨及び西播磨地域医師修学資金貸与規程により、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、病院局中播磨及び西播磨地域医師修学資金貸与規程並びに同施行要領に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担します。