

別記

第1号様式（第4条関係）

研修資金貸付申請書

本人	ふりがな		生年月日 及び年齢	年 月 日 (満 歳)	
	氏 名				
	研修を受ける診療 科名		貸付申請額	月額 円	
	研修プログラム名				
	主たる研修先の医 療機関名称及び住 所				
	研修開始年月	年 月	修了予定年月	年 月	
	医籍登録番号	第 号	医籍登録 年 月 日	年 月 日	
	現住所及び電話番 号	〒 () - 携帯電話 - -			
	帰省先住所及び電 話番号	〒 () -			
	メールアドレス	携帯メール： PCメール：			
	貸付けを受けよう とする期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	本研修資金以外の修学資金又は研修資金の受給について				
	1 受けている (名称) 2 受ける予定がある (名称) 3 なし				
	添 付 書 類	1 履歴書 2 貸付申請者の住民票の写し 3 専門医研修計画書 4 主たる研修を行う医療機関の開設者又は管理者の推薦書 5 その他知事が必要と認めるもの (1、2及び4に掲げる書類は、継続の貸付けを申請する場合にあっては、添付不要)			
<p>上記のとおり、 { 岐阜県特定診療科医師研修資金 } 岐阜県総合診療科医師研修資金 } の貸付けを受けたいので申請します。</p> <p>なお、貸付けを受けることとなったうへは、岐阜県特定診療科・総合診療科医師研修資金貸付規則の規定を遵守し、貸付けを受けようとする期間に相当する期間、業務に従事することを誓います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>岐阜県知事 様</p>					

上記の申請者が貸付けを受ける { 岐阜県特定診療科医師研修資金 } の返還債務について
 { 岐阜県総合診療科医師研修資金 }

は、本人と連帯して履行することを保証します。
 なお、破産宣告は、受けておりません。

年 月 日

岐阜県知事 様

連 帯 保 証 人	住 所		電話番号 (自宅)	
	氏 名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (満 歳)
	職 業		本人との 続 柄	

備考

- 1 「本研修資金以外の研修資金又は研修資金の受給について」の欄については、該当するものの数字を○で囲んだうえで、所要事項を記入すること。
- 2 岐阜県特定診療科医師研修資金又は岐阜県総合診療科医師研修資金のうち該当するものを○で囲むこと。