

宮 津 市 長 様  
 伊 根 町 長 様  
 与 謝 野 町 長 様

申請者 氏名 印  
 (法定代理人 氏名 印)

令和6年度 地域医療確保奨学金等申請書

宮津市地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例、伊根町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例並びに与謝野町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例に基づく奨学金等の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな 氏名		生年月日		年 月 日 (満 歳)		
現 住 所		〒 電話番号 - -				
その他の連絡先		〒 電話番号 - -				
申請者の区分	専門研修医 臨床研修医	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		所属医療機関等の名称				
		所属医療機関等の所在地				
		修了等予定年月		年 月修了見込み		
	大学院生	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		大学院の名称				
		大学院の所在地				
	大学生	在学予定期間 年 月 ~ 年 月				
		大学の名称				
		大学の所在地				
		学部学科名				学年
	卒業予定年月		年 月 卒業見込み			
貸与期間	貸与月額		万円			
	貸与希望期間 年 月から 年 月まで ( 月間)					
	貸与希望総額 万円 (希望月額×希望月数)					
連帯保証人	1	ふりがな 氏名			申請者との続柄	
		住 所	〒 電話番号 - -			
		職 業	年 収	税込 万円		
	2	ふりがな 氏名			申請者との続柄	
		住 所	〒 電話番号 - -			
		職 業	年 収	税込 万円		
上記申請者が貸与を受ける奨学金等については、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを約します。 連帯保証人 印 連帯保証人 印						

(注1) 申請者が未成年者の場合は、連帯保証人のうち1人は法定代理人とし、申請者の下欄に法定代理人も署名し、押印すること。

(注2) 連帯保証人のうち1人は、経済的に独立した世帯の者とする。

年 月 日

宮 津 市 長 様  
伊 根 町 長 様  
与 謝 野 町 長 様

住 所 〒  
申 請 者 氏 名 印  
住 所 〒  
法定代理人 氏 名 印

### 誓 約 書

私は、宮津市地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例、伊根町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例並びに与謝野町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例に基づき、奨学金等の貸与を受けることとなったときは、同条例及び宮津市地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例施行規則、伊根町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例施行規則並びに与謝野町地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例及び同条例施行規則に規定する必要勤務期間、地域医療機関における医師の業務に従事することを誓約します。

地域医療確保奨学金貸与者推薦調書

貸与希望書	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日生(満 歳)
	所属医療機関等 大 学 院	名 称		
	大 学	所在地	〒	
	雇用形態（研修医の場合）	<input type="checkbox"/> 常勤雇用（正職員） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
推 薦 内 容	修学又は研修に関する状況			
	今後の育成計画・スケジュール			
	推薦理由・その他特記事項（申請者の人物評価等その他推薦事項）			
上記の者は、宮津市地域医療確保奨学金等、伊根町地域医療確保奨学金等並びに与謝野町地域医療確保奨学金等の貸与者として、適当と認められますので推薦します。				
年 月 日 宮 津 市 長 様 伊 根 町 長 様 与 謝 野 町 長 様 推薦者 所 属 氏 名 印				

（注）申請者が所属する機関（大学、病院等）が作成すること。

推薦書は所属する機関の代表者等によること。

年 月 日

宮 津 市 長 様  
 伊 根 町 長 様  
 与 謝 野 町 長 様

貸与決定者	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	
連帯保証人	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	
連帯保証人	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	

地域医療確保奨学金等辞退届

宮津市地域医療確保奨学金、伊根町地域医療確保奨学金並びに与謝野町地域医療確保奨学金の貸与を辞退しますので、下記のとおり届出ます。

大 学 名 ・ 学 年	
研修施設・所属医療機関等 名 称 ・ 所 在 地	
貸 与 期 間	年 月から 年 月まで
辞 退 期 日	年 月 日
受 領 奨 学 金 等	年 月分まで 円
理 由	

年 月 日

宮津市長様  
伊根町長様  
与謝野町長様

貸与決定者 住所

氏名 印

医療確保奨学金等返還猶予申請書

宮津市医療確保奨学金、伊根町医療確保奨学金並びに与謝野町医療確保奨学金等の返還の猶予を下記のとおり申請します。

決定番号	第 号
猶予を受けようとする額（借用金額）	円
猶予を受けようとする期間	年 月 日から 年 月 日
猶予の申請理由	
猶予期間における研修施設、勤務先等	所在地 施設名
(研修施設、勤務先等の証明) 上記のものは、当施設において研修（勤務）していることを証明します。 年 月 日 施設名 証明者 印	

年 月 日

宮津市長様  
 伊根町長様  
 与謝野町長様

貸与決定者 住所  
 氏名 印  
 電話番号

連帯保証人 住所  
 氏名 印  
 電話番号

連帯保証人 住所  
 氏名 印  
 電話番号

地域医療確保奨学金等返還免除申請書

宮津市地域医療確保奨学金、伊根町地域医療確保奨学金並びに与謝野町地域医療確保奨学金等の返還の免除を下記のとおり申請します。

免除を受けようとする額 （貸与金額）	円
貸与期間	年 月 日から 年 月 日
免除の申請理由	地域医療確保奨学金の貸与を受けた期間に相当する期間、京都府立医科大学附属北部医療センターにおいて、医師の業務に従事したため
貸与期間終了後の勤務先	所在地  施設名