様式第1号(第1条関係)

(表)

自治体等病院特定診療科医師確保研修資金貸与申請書

　　年　　月　　日

　福島県知事

　自治体等病院特定診療科医師確保研修資金の貸与を受けたいので、福島県自治体等病院特定診療科医師確保研修資金貸与条例第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | | 印 | |
| 年齢 | | 満　　　　歳 | | |
| 現住所 | | | 郵便番号(　　　　　)　　　　　　　　　電話番号(　　　　　　) | | | | | | |
| 貸与期間 | | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | |
| 臨床研修又は後期研修を受けている病院 | | | 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | 郵便番号(　　　　　)　　　　　　　　　電話番号(　　　　　　) | | | | | | |
| 研修の期間 | | 開始年月日 | | 年　　月　　日 | | | 修了見込年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 保証人 | ふりがな | | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | |  | |
| 年齢 | | 満　　　　歳 | | |
| 現住所 | | | 郵便番号(　　　　　)　　　　　　　　　電話番号(　　　　　　) | | | | | | |
| 職業 | | |  | 年収(税込み) | | | | |  |
| 勤務先 | | |  | 申請者との関係 | | | | |  |
| 保証人 | ふりがな | | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | |  | |
| 年齢 | | 満　　　　歳 | | |
| 現住所 | | | 郵便番号(　　　　　)　　　　　　　　　電話番号(　　　　　　) | | | | | | |
| 職業 | | |  | 年収(税込み) | | | | |  |
| 勤務先 | | |  | 申請者との関係 | | | | |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とし、縦長にして用いること。

(裏)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修を希望する診療科 | 産科　周産期医療小児科　普通小児科　麻酔科　救急科　総合診療科 | |
| 申請の理由 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 他の修学資金、研修資金等を受けている場合はその名称 | |  |

　上記の申請により研修資金の貸与を受けたときは、本人の債務を履行することを保証します。

保証人　住所

氏名　　　　　　　　　　印

保証人　住所

氏名　　　　　　　　　　印