

舞鶴市長 鴨田 秋津 様

申請者氏名
(未成年の場合：法定代理人)印
印

令和8年度舞鶴市地域医療確保奨学金等貸与申請書

舞鶴市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 日生(満 歳)
現住所	〒()	電話番号	- -
その他の連絡先	〒()	電話番号	- -
貸与者の区分	専門研修医 臨床研修医 (いずれかを ○で囲む)	医師登録番号	第 号 登録日 年 月 日登録
		所属医療機関の名称	
		所属医療機関の所在地	
		終了等予定年月	
	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	
		終了等予定年月	年 月 ~ 年 月
	大学生	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
申請内容	貸与基本月額	15万円	
	特定診療科(月額5万円)の希望の有無	有 [従事(予定)診療科:] 無	
	合計額(月額)	万円	
	貸与希望期間	年 月から 年 月まで(ヵ月)	
	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	申請者との関係
		住所	〒() 電話番号 - -
		職業	
	2	ふりがな 氏名	申請者との関係
		住所	〒() 電話番号 - -
		職業	
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 申請者が未成年の場合は、連帯保証人のうち1名は法定代理人とし、申請者名の下欄に法定代理人も署名し、押印すること。

2 申請者及び連帯保証人の印については、印鑑証明書と同一のものを押印すること。

誓 約 書

令和 年 月 日

舞鶴市長 鴨田 秋津 様

申請者 住所

氏名

私は、舞鶴市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になったときは、同条例及び舞鶴市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。

様式第3号(第6条関係)

舞鶴市地域医療確保奨学金等貸与推薦調書

貸 与 希 望 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	所属医療機関等 大 学 院 大 学	名 称		
		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			
	今後の育成の計画・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)				
<p>上記の者は、舞鶴市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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>舞鶴市長 鴨田 秋津 様</p> <p style="text-align: right;">推薦者 所 属 役職名 氏 名</p>				

備考 推薦者は所属する機関の代表者等によること。