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