

地域勤務期間中におけるキャリア形成プログラム選択（変更）書

年 月 日

神奈川県知事殿

修 学 生 番 号			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ふ り が な 氏 名		生年月日	年 月 日

私は、次のとおりキャリア形成プログラムを選択（変更）します。

選択するキャリア形成プログラム名	
------------------	--

修学資金借用証書

年 月 日

神奈川県知事殿

修学生番号			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ふりがな 氏 名	印	生年月日	年 月 日

私は、修学生として次のとおり神奈川県地域医療医師修学資金の貸付けを受けました。この修学資金は、神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例第10条第1項第1号及び第2号の規定の適用を受ける見込みがなくなったときは、同条例及び神奈川県地域医療医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従い、次の借用金額に利息を付した額を返還します。

借 用 金 額	円
借 用 期 間	年 月 から 年 月 まで 年 か月

連帯保証人 住 所  
修学生との関係  
氏 名 印

連帯保証人 住 所  
修学生との関係  
氏 名 印

私どもは、上記修学生の連帯保証人として、修学生に誓約どおり履行させるとともに、修学生の債務を連帯して負担します。

修学資金等返還免除申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

修 学 生 番 号			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ふ り が な 氏 名		生 年 月 日	年 月 日

神奈川県地域医療医師修学資金等の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

借 用 期 間	年 月 から 年 月 まで 年 か月		
借 用 金 額	円		
返 還 金 額	円（うち利息分 円）		
返 還 済 額	円		
返 還 免 除 申 請 額	円		
申 請 理 由	当	1 <u>継続従事期間又は特定医師業務継続従事期間が特定期間に達した。</u>	
	然	<u>（継続従事期間・特定医師業務継続従事期間（該当するもの）</u> <u>に○印を付けてください。）</u> 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで	
	免	2 <u>特定医師業務等中の事由による死亡</u> 3 <u>特定医師業務等中の事由による心身の故障</u>	
除	裁	1 死亡 2 心身の故障 3 その他	
免	量	〔 〕	
除	除	〔 〕	
申 請 理 由 発 生 年 月 日	年 月 日		
現 在 の 就 業 先 又 は 在 学 先	名 称		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
申 請 理 由 発 生 ま だ の 状 況	期 間		就 業 先、進 学 先 等
	年 月 から	年 月 まで	年 か月
	年 月 から	年 月 まで	年 か月
	年 月 から	年 月 まで	年 か月
	年 月 から	年 月 まで	年 か月

臨床研修開始（修了）届

年 月 日

神奈川県知事殿

修 学 生 番 号			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ふ り が な 氏 名		生年月日	年 月 日

次のとおり特定臨床研修又は県外臨床研修を開始（修了）したので、届け出ます。

研 修 先	施設名又は 所属団体名		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
研 修 開 始 ( 修 了 ) 年 月 日	年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

施設（所属団体）の長の職及び氏名印

業 務 等 異 動 届

年 月 日

神奈川県知事殿

修 学 生 番 号			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ふ り が な 氏 名		生 年 月 日	年 月 日

次のとおり届け出ます。

届 出 事 項	1 特定臨床研修又は県外臨床研修を受けなかった。 2 特定臨床研修又は県外臨床研修を修了しなかった。 3 特定医師業務に従事しなかった。 4 継続従事期間又は特定医師業務継続従事期間が特定期間に達するまで、特定医師業務に従事達しなかった。
届出事項発生年 月 日	年 月 日