

様式第1号(第8条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者氏名

印

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第3条第1項に規定する大学が実施する特別の入試枠の入学試験を合格した場合、奨学金の貸与を受けたいので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者本人	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生(満 歳)
	高 等 学 校 等	(所在都道府県 都・道・府・県) 学 校 年 月 卒業 ・ 卒業見込み
	住 所	郵便番号()
	電 話 番 号	
法定代理人 (申請者が未成年の場合に記入)	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生(満 歳)
	申請者との関係	
	住 所	郵便番号()
	電 話 番 号	

- 関係書類 1 住民票の写し
2 誓約書(様式第2号)

様式第2号(第8条関係)

誓約書

私は、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第3条第1項に規定する大学の特別の入試枠の入学試験に合格し、奨学金の貸与決定を受けたときは、当該大学医学部に必ず入学し、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例及び福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念することを誓います。

また、医師免許取得後は、同条例に規定する指定期間、指定勤務に従事することを誓います。

なお、同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。

年 月 日

氏 名 印
住 所
生年月日 年 月 日

福岡県知事 殿

(注)必ず、申請者本人が自署してください。

様式第3号(第9条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の貸与については、下記のとおり貸与することを決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第9条の規定により通知します。

なお、この通知書を受領した日から 日以内に福岡県地域医療医師奨学金貸与契約書を提出してください。

記

1 貸与番号

2 氏名

3 貸与金額 月額 10 万円

4 貸与予定期間

年 月から 年 月まで

様式第4号（第9条関係）

福岡県地域医療医師奨学金貸与不承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の貸与については、下記の理由により不承認と決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第9条の規定により通知します。

記

理由

備考

様式第5号（第10条関係）

福岡県地域医療医師奨学金貸与契約書

福岡県（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）は、福岡県地域医療医師奨学金について、次の各条に定めるところにより、貸与契約を締結する。

（貸与）

第1条 甲は、乙に奨学金を貸与し、乙はこれを借り受ける。

（貸与額等）

第2条 奨学金の貸与総額、貸与月額及び貸与期間は次のとおりとする。

貸与総額 円

貸与月額 100,000円

貸与期間 平成 年 月から

平成 年 月までの 月間

（連帯保証人）

第3条 保証人は、奨学金の返済債務を保証し、乙と連帯して債務を負担する。

（条例と規則との関係）

第4条 この契約書に定めのない事項については、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例（平成22年福岡県条例第6号）及び福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則（平成22年福岡県規則第28号）の定めるところによる。

（補足）

第5条 この契約書並びに前条の条例及び規則に定めのない事項については、甲乙協議して定める。

上記契約の成立を証するために、本書2通を作成し、当事者記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 福岡県

代表者 福岡県知事

印

乙 住所
氏名
電話番号() ー

連帯保証人 住所
氏名
電話番号() ー

連帯保証人 住所
氏名
電話番号() ー

様式第6号(第12条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与中止決定書

年 月 日

様

福岡県知事

印

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第12条第1項の規定により、下記のとおり福岡県地域医療医師奨学金の貸与の中止を決定しましたので通知します。

記

1 貸与番号

2 氏名

3 貸与中止日 年 月 日

4 中止理由

5 現在までの貸与期間 年 月から 年 月まで

6 現在までの貸与金額

様式第7号(第12条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与休止決定書

年 月 日

様

福岡県知事

印

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第12条第2項の規定により、下記のとおり奨学金の貸与の休止を決定しましたので通知します。

記

1 貸与休止日

年 月 日

2 休止理由

様式第8号(第13条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与再開申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号 印
氏 名 印
住 所 印

第 号により福岡県地域医療医師奨学金の貸与の休止を決定されたことについて、休学等の事由が消滅したため、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第13条第1項の規定により、関係書類を添えて福岡県地域医療医師奨学金の貸与の再開を申請します。

記

1 休学等の事由が消滅した日

年 月 日

2 貸与休止の期間

年 月から 年 月まで

関係書類:貸与休止理由の消滅を証するもの

様式第9号(第13条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与再開承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の貸与の再開については、下記のとおり再開することを決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第13条第2項の規定により通知します。

記

1 貸与番号

2 氏名

3 貸与再開日

年 月 日

4 貸与休止期間

年 月から 年 月まで

様式第10号(第13条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与再開不承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事 印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の貸与の再開については、下記のとおり不承認と決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第13条第2項の規定により通知します。

記

1 貸与番号

2 氏 名

3 理 由

様式第11号(第14条関係)

(表)

福岡県地域医療医師奨学金返還方法承認申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第9条ただし書の適用を受けたいので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第14条第2項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 返還債務の免除に該当しない理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() (1) 貸与の中止

() (2) 指定期間未満での退職等

従事期間 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日から 年 月 日まで

() (3) 医師免許未取得

() (4) その他 ()

2 借用金額

円

3 返還方法

年賦

支払回数 回

(裏)

4 連帯保証人

氏 名

印

住 所

電話番号

氏 名

印

住 所

電話番号

様式第12号(第14条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還方法承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付で申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還方法については、下記のとおり承認することに決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第14条第3項の規定により通知します。

記

- 1 貸与番号
- 2 氏 名
- 3 返還金額

返還金額合計		方法	年 賦
回数	金額	納期限	
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日

備考

様式第13号(第14条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還方法不承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付で申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還方法については、下記の理由により不承認と決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第14条第3項の規定により通知します。

記

理由

備考

様式第14号(第16条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還猶予(猶予事由変更)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名 印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の履行の猶予について、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

区分	新規
	猶予理由の変更

(注)該当する区分に○を付けてください。

1 返還猶予理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() (1) 指定勤務に従事

指定勤務先名

指定勤務先住所

() (2) 医師免許取得予定

() (3) その他 ()

2 返還猶予申請期間

年 月 日から 年 月 日まで

関係書類: 返還猶予理由を証する書類

ただし、1 返還猶予理由(2)医師免許取得予定に該当する場合は、本人が作成する学習計画書を添付してください。

様式第15号(第16条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還猶予(猶予事由変更)承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の履行の猶予(猶予事由の変更)については、下記のとおり承認することに決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第2項の規定により通知します。

記

1 貸与番号

2 氏 名

3 返還債務の履行を猶予する期間

年 月 日から 年 月 日まで

4 返還猶予理由

(1)指定勤務に従事

(2)医師免許取得予定

(3)その他()

5 その他

(1)指定勤務先に変更があったときは、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第3項の規定により届出を行う必要があります。

(2)返還債務の履行猶予期間の延長を希望する場合は、改めて福岡県地域医療医師奨学金返還猶予(猶予事由変更)申請書により申請してください。

様式第16号(第16条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還猶予(猶予事由変更)不承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事 印

年 月 日付で申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の履行の猶予(猶予事由の変更)については、下記のとおり不承認と決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第2項の規定により通知します。

記

- 1 貸与番号
- 2 氏 名
- 3 理 由

様式第17号(第16条関係)

指定勤務先変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第2条第4号の指定勤務を行っている病院等を変更したので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第3項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

- 1 返還猶予が開始された日 年 月 日
- 2 変更が生じた日 年 月 日
- 3 指定勤務を行っている病院等の変更
新病院等名称 ()
住所 ()
旧病院等名称 ()
住所 ()
従事期間 年 月 日から 年 月 日まで

関係書類:事実を証する書類

様式第18号(第16条関係)

就労証明書

貸与番号

住 所

氏 名

年 月 日生

上記のものは、 年 月 日から 年 月 日
(まで ・ 現在) 当 において医師業務に従事して (いる ・ いた)
ことを証明する。

なお、休職若しくは長期休暇の期間は以下のとおりである。

年 月 日 から 年 月 日まで
[理由 :]

年 月 日 から 年 月 日まで
[理由 :]

平成 年 月 日

病院等名
管理者名

印

様式第19号(第16条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還猶予中止決定書

年 月 日

様

福岡県知事

印

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第16条第5項の規定により、下記のとおり福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の履行の猶予については中止することに決定しましたので通知します。

記

- 1 貸与番号
- 2 氏 名
- 3 返還債務の猶予中止日 年 月 日
- 4 中止理由

様式第20号(第17条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還免除申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の免除を受けたいので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第17条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 免除区分 (注)いずれかに○を付けてください。

() (1) 当然免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第12条)

() (2) 裁量免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第13条)

2 免除申請理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() (1) 指定期間、指定勤務に従事

従事期間 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日から 年 月 日まで

() (2) 医師業務上の理由により死亡

() (3) 医師業務に起因する心身の故障

() (4) その他()

3 理由発生年月日 年 月 日

申請者氏名

印

住所

関係書類： 就業証明書 ・ 死亡診断書 ・ 診断書 ・ その他事実を証する書類

様式第21号(第17条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還免除承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還免除申請については、下記のとおり承認することに決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第17条第2項の規定により通知します。

記

1 貸与番号

2 氏 名

3 免除区分

(1) 当然免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第12条に該当)

(2) 裁量免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第13条に該当)

4 免除理由

(1) 指定期間、指定勤務に従事

従事期間 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日から 年 月 日まで

(2) 医師業務上の理由により死亡

(3) 医師業務に起因する心身の故障

(4) その他()

5 免除となった日 年 月 日

6 免除金額 円

備考

様式第22号(第17条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還免除不承認通知書

年 月 日

様

福岡県知事

印

年 月 日付けで申請のあった福岡県地域医療医師奨学金の返還免除申請については、下記の理由により不承認と決定しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第17条第2項の規定により通知します。

記

- 1 貸与番号
- 2 氏 名
- 3 理 由

様式第23号(第18条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与辞退届

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号
氏 名

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第18条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退の理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() (1) 退学

() (2) 心身の故障により修学継続困難

() (3) 福岡県地域医療医師奨学金貸与の辞退
理由

2 理由発生年月日

年 月 日

届出者氏名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金の貸与を受けている者との関係

()

関係書類: 事実を証する書類

様式第24号(第18条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与休止届

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号
氏 名

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第18条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

休止の理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

()1 休学

予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

()2 停学処分

予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

()3 留年

第 学年を再履修

届出者氏名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金の貸与を受けている者との関係

()

関係書類:事実を証する書類

様式第25号(第18条関係)

福岡県地域医療医師奨学金変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名

印

住 所

電話番号

下記のとおり変更しましたので、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第18条第2項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

1 変更した事項

2 変更年月日

年 月 日

3 変更した内容

4 変更した理由

関係書類：事実を証する書類

様式第26号(第18条関係)

死亡届

年 月 日

福岡県知事 殿

貸与番号

氏 名

福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第18条第3項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

1 福岡県地域医療医師奨学金の貸与を受けている者又は受けた者の死亡年月日
年 月 日

2 死亡原因

届出者氏名

印

住 所

福岡県地域医療医師奨学金の貸与を受けている者又は受けた者との関係

法定代理人

連帯保証人

(注)いずれかにチェック(レ印)すること。

関係書類： 死亡診断書