

22 医確第 93 号  
平成 22 年(2010 年) 3 月 22 日

医学部設置大学の学長 様

長野県健康福祉部長

平成 23 年度長野県医学生修学資金貸与希望者の募集について (依頼)

長野県の健康福祉行政につきましては、日ごろから格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、長野県では全国の医学生を対象にした修学資金貸与事業を実施しておりますが、平成 23 年度貸与希望者の募集を下記のとおり開始いたします。

つきましては、募集案内を送付いたしますので、校内にご掲示いただき、医学生への周知についてご配慮願います。

部数が不足する場合や、電子データでの送付が必要でしたら、大変お手数をおかけしますが、医師確保対策室 [doctor@pref.nagano.lg.jp](mailto:doctor@pref.nagano.lg.jp) までお申し付け願います。

記

- 1 募集期間 平成 23 年 4 月 1 日 (金) ~ 平成 23 年 4 月 15 日 (金)
- 2 募集人員 23 名以内
- 3 募集対象 将来長野県内の公的・公立医療機関等に勤務を希望する医学生  
※大学、学年、出身地等は問いません
- 4 案内送付部数 3 部



健康福祉部 医療推進策課 医師確保対策室  
鳥海 宏 井上 雅彦 松井 浩隆  
電話 026-235-7144 (直通)  
ファクシミリ 026-223-7106  
電子メール [doctor@pref.nagano.lg.jp](mailto:doctor@pref.nagano.lg.jp)

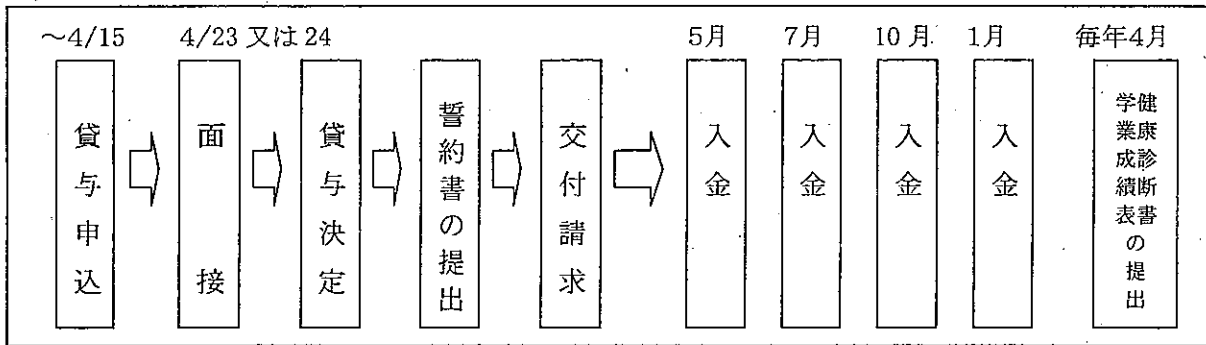
# 平成23年度「長野県医学生修学資金」 貸与者募集のお知らせ

■ 申込書類の様式は長野県ホームページから、ダウンロードすることができます。

<http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/igakusei/23bosyu.htm>

対象者	<p>将来、医師として長野県内の公立・公的病院等に従事する意欲のある大学生を対象者とします。</p> <p>* 大学(学校教育法に規定する大学に限る)、学年、出身地等は問いません。</p> <p>* 平成 22、23 年度の医学部定員増に伴い、信州大学 1 年生(地域枠)5名に対しては優先的に貸与を行います。</p>								
貸与人員	<u>23名以内</u>								
貸与金額	月額 20万円 (貸与期間:貸与決定の月から、大学卒業の月まで)								
申込受付期間	平成23年4月1日(金)から4月15日(金)まで(当日消印有効)								
申込方法	<p>以下の書類を、下記申込先まで郵送又は持参して下さい。</p> <p>(1)貸与申請書(様式第1号)</p> <p>(2)学業成績証明書(1年生は出身高等学校、2年生以上は大学で発行するもの)</p> <p>(3)健康診断書(健康診断様式)</p> <p>(4)大学の学長又は学部長の推薦書(様式第2号)</p> <p>(5)父母又は保護者の所得を証明する書類(平成 22 年の源泉徴収票の写し、確定申告書(控)の写し又は市町村発行の所得証明書)</p> <p>(6)連帯保証人の身分証明書(注:本籍のある市役所、町村役場で発行されるもので、所得証明書と別の書類です。)</p> <p>(7)調査票(調査様式)</p> <p>(注意)</p> <p>連帯保証人には、独立の生計を営み、修学資金の返還及び利息の支払いの責任を負うことができる資力を有する者(2名)が必要です。申請者が未成年の場合、1名は法定代理人(親権者等)でなければなりません。</p>								
選考方法	<p>申込書類及び面接の審査により選考します。</p> <p>・面接は4月23日(土)に行います。(応募者多数の場合 24日(日)に行う場合があります。)</p> <p>・面接時間は、募集の締切後、申込者本人にご連絡します。</p> <p>・面接時には本人確認できる運転免許証、学生証等をご持参下さい。</p>								
返還免除の条件	<p>・臨床研修を県内の臨床研修指定病院で受けることが必要です。</p> <p>・県が指定する医療機関において従事することが必要です。</p> <p>* 県が指定する医療機関における業務に、貸与期間の 1.5 倍に相当する期間従事をした場合、全額免除します。</p> <p>* 返還が必要となった場合は、修学資金の返還及び利息(年 10%)の支払が必要となります。</p>								
貸与方法	<p>貸与決定者本人の希望の口座に四半期毎に振り込みます。</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>4月～ 6月分</td> <td>5月下旬振り込み</td> </tr> <tr> <td>7月～ 9月分</td> <td>7月下旬振り込み</td> </tr> <tr> <td>10月～12月分</td> <td>10月下旬振り込み</td> </tr> <tr> <td>1月～ 3月分</td> <td>1月下旬振り込み</td> </tr> </table>	4月～ 6月分	5月下旬振り込み	7月～ 9月分	7月下旬振り込み	10月～12月分	10月下旬振り込み	1月～ 3月分	1月下旬振り込み
4月～ 6月分	5月下旬振り込み								
7月～ 9月分	7月下旬振り込み								
10月～12月分	10月下旬振り込み								
1月～ 3月分	1月下旬振り込み								
申込先	<p>〒380-8570 長野県長野市大字南長野字幅下692-2</p> <p>長野県 健康福祉部 医療推進課 医師確保対策室 医学生修学資金あて</p> <p>電 話: 026-235-7144(直通)</p> <p>ファクシミリ: 026-223-7106</p> <p>E-mail: doctor@pref.nagano.lg.jp</p>								

■ スケジュール



■ 卒後の配置等

- ・ 県内の公立医療機関（県立、市町村立、一部事務組合立病院等）、公的医療機関（長野県厚生農業共同組合連合会、日本赤十字社）等において、知事が指定する業務に従事していただきます。従事先等は本人の希望や医師の需給状況等を考慮して決定します。
- ・ 臨床研修は、県内の臨床研修指定病院とし、専門性に関する研修は、原則として、知事が認めた県内医療機関とします。

■ 返還免除

県が指定する医療機関における業務に従事した期間が、貸与期間の1.5倍に相当する期間に達したときに、修学資金の返済を免除します。6年間貸与を受けた場合は、県の指定する医療機関における業務に9年間（6年間×1.5）従事すると返還が免除されます。

■ 卒後のモデル(大学1年～卒業まで6年間貸与を受けた場合)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年
従事先	臨床研修 (県内の臨床研修指定病院)		専門性に関する研修 (原則として、県内医療機関)			県内の公立・公的病院等			

- ・ 臨床研修は、返還免除の条件である従事期間(義務年限)に含まれます。
- ・ 知事が認める県内医療機関における専門性に関する研修は、義務年限に含まれます。
- ・ 県外での専門性に関する研修や海外留学は、知事が特に必要と認める場合は受けることができますが、義務年限に含まれません。
- ・ 専門性に関する研修(県外での研修や海外留学を含む。)は3年を限度とします。

(参考) 県が指定する医療機関等

1 臨床研修を受けていただく県内の臨床研修指定病院(平成23年3月16日現在)

佐久市立国保浅間総合病院、JA長野厚生連佐久総合病院、JA長野厚生連小諸厚生総合病院、国立病院機構長野病院(H23.4.1から信州上田医療センター)、市立岡谷病院、諏訪中央病院、諏訪赤十字病院、JA長野厚生連富士見高原病院、昭和伊南総合病院、伊那中央病院、飯田市立病院、県立木曽病院、波田総合病院、安曇野赤十字病院、相澤病院、信州大学医学部附属病院、松本協立病院、市立大町総合病院、JA長野厚生連安曇総合病院、県立須坂病院、長野市民病院、長野赤十字病院、JA長野厚生連長野松代総合病院、JA長野厚生連篠ノ井総合病院、長野中央病院、飯山赤十字病院、JA長野厚生連北信総合病院

2 配置される主な医療機関

① 公立医療機関

(県立病院)

こころの医療センター駒ヶ根、阿南病院、木曽病院、こども病院、須坂病院、総合リハビリテーションセンター

(市町村立・一部事務組合立病院等)

佐久市立国保浅間総合病院、佐久穂町立千曲病院、軽井沢町立軽井沢病院、上田市産院、東御市民病院、依田窪病院、市立岡谷病院、岡谷塩嶺病院、諏訪中央病院、伊那中央病院、昭和伊南総合病院、辰野総合病院、飯田市立病院、国保会田病院、波田総合病院、市立大町総合病院、長野市民病院、信越病院、飯綱病院ほか診療所など

② 公的医療機関

(長野県厚生農業共同組合連合会(JA長野厚生連))

佐久総合病院、小諸厚生総合病院、安曇総合病院、長野松代総合病院、北信総合病院、鹿教湯三才山リハビリテーションセンター、新町病院、篠ノ井総合病院、富士見高原病院、下伊那厚生病院ほか分院など

(日本赤十字社)

川西赤十字病院、諏訪赤十字病院、下伊那赤十字病院、安曇野赤十字病院、長野赤十字病院、飯山赤十字病院

(様式第1号)(第6条関係)

長野県医学生修学資金貸与申請書

平成 年 月 日

長野県知事 殿

本人氏名 印  
連帯保証人氏名 印  
連帯保証人氏名 印

下記のとおりですから、長野県医学生修学資金貸与規程(昭和50年長野県告示第108号)による修学資金を貸与してください。

記

ふりがな 氏名 (歳) 年 月 日生	出身高 等学校	高等学校 年 月卒業	
本籍	大学入学	平成 年 月	
住所 電話 携帯電話	卒業予定	平成 年 月	
大学 学部 科 学年	希望の 貸与期間	平成 年 月から	
大学所在地		平成 年 月まで	
申請理由(卒業後の就業等についての意見を含む。)			
連帯保証人	本籍	本人との続柄	
	住所	職業	
	氏名	生年月日	年 月 日生
	年収		
	本籍	本人との続柄	
	住所	職業	
	氏名	生年月日	年 月 日生
	年収		
備考			

(様式第2号)(第6条関係)

推 薦 調 書

平成 年 月 日

長野県知事 殿

大学の学長又は学部長

氏 名

印

下記の者は、本学に在学中であり、身体強健で、人物学業ともに優れ、将来知事が指定する長野県内の医療機関(へき地医療機関等)の業務に、医師として携わる見込みがありますので、長野県医学生修学資金の貸与を受けることを適当と認めます。

記

氏 名

本 籍

現住所

大学

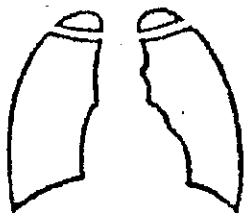
学部

学科

学年

(健康診断様式)

# 健康診断書

※氏名		男女	※住所	
※生年月日	年 月 日生( 歳)	※大学名		※学年
既往症				
感 覚 呼 吸 循 環 消 化 運 動 神 經 そ の 他	所見			
身長		cm	体重	kg
視力	左	矯正( . )	聴力	
	右	矯正( . )		
胸部 X 線 検査	間接・直接 所見	No. 月 日撮影	検尿	蛋白 ( - 土 + ++ +++ ) 糖 ( - 土 + ++ +++ +++) ウロビリノーゲン ( - 土 + ++ +++ ) ※いずれかに丸印をつけてください。
				血圧測定値
その他の検査	(必要と認める場合)			
総合所見				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
検診機関 所在地				
機関名				
医 師 印				

(申請される方へ注意事項)

- 1 提出日前3ヵ月以内に受診したものを有効とします。
- 2 ※印欄は受診前に記入してください。

この健康診断書に記載された個人情報は、長野県医学生修学資金審査のために必要な範囲でのみ利用します。

## 長野県医学生修学資金 調査票

氏名	
大学名・ 学年	大学 年

この調査票は、長野県医学生修学資金貸与者の選考にあたり参考とする項目を調査するものです。各質問に対する回答を記載してください。なお、本調査票は目的以外の使用はしません。

### 1 在学中の修学費用を主に負担している方を記載してください。

主に負担している方の氏名	
あなたとの関係	

・記載した方が修学資金申請の連帯保証人でない場合は、次を記載してください。

氏名		年齢	
住所	〒		
職業		年収	

### 2 家族の方全員の職業(勤務先)・年齢などを記載してください。

続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)	年収	備考
(例) 父	〇〇 〇〇	〇〇歳	(株)〇〇 役員	〇〇万円	

### 3 他の奨学金の借り入れについて記載してください。

・借入の有無 ( 有 ・ 無 ・ 借入予定 ) 該当するものに○をしてください。

資金名称		
借入内容 (金額・期間・利率等)		
借入条件 (借入時、返済時)		