

平成30年度 山形県医師修学資金 募集要項

この制度は、山形県内の医療機関に勤務する医師を確保することを目的として、また、『将来、皆さんに山形県の地域医療を担っていただきたい』という願いを込めて実施しております。

大学卒業後、山形県内の公立病院等に、修学資金の貸与を受けた期間の1.5倍に相当する期間勤務していただくなどの一定の要件を満たすと、この修学資金の返還の必要がなくなります。

制度の趣旨を十分にご理解の上、ぜひ、『医師としての第一歩は山形県』で始めましょう！

1 募集期間 平成30年6月4日（月）～平成30年7月3日（火）

	地域医療従事 医師確保修学資金	特定診療科 医師確保修学資金	山形大学医学部 修学資金
2 修学資金の額	200万円／年	200万円／年	200万円／年
3 申込み資格	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大学卒業後、県内の<u>公立病院や地域の診療所</u>に勤務する意思を有していること ○ 大学の医学を履修する課程に在学していること ○ 県内出身者 (大学入学の前1年間、本人等が<u>県内に住所</u>を有していること) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大学卒業後、県内の<u>公的医療機関の特定診療科</u>（小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科、救急医療）に勤務する意思を有していること ○ 大学の医学を履修する課程に在学していること 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大学卒業後、県内の<u>公立病院等</u>に勤務する意思を有していること ○ <u>山形大学医学部医学科</u>に在学していること ○ 県外出身者 (大学入学の前1年間、本人等が<u>県内に住所</u>を有していないこと)
4 貸与期間	貸与決定の年から在学する大学の正規の修業年限まで 例：1年次に在学する場合：6年間 6年次に在学する場合：1年間		
5 募集定員	上記修学資金合わせて29名（予定）		

【お問い合わせ先・申請書の送付先】

〒990-8570

山形市松波二丁目8番1号

山形県健康福祉部地域医療対策課

医師・看護師確保対策室

電話：023-630-3159

FAX：023-630-2301

メール：ishikakuho@pref.yamagata.jp

山形県医師修学資金

検索

※ 申請書等ダウンロードはこちらからどうぞ

詳しくは

山形県医師修学資金

しおり

をご覧ください

6 申込み手続き

募集期間内に「山形県医師修学資金貸与申請書（様式第1号）」に次の書類を添えて山形県健康福祉部地域医療対策課医師・看護師確保対策室あてに提出してください。

【添付資料】

- ア 大学の医学を履修する課程に在学する者であることを証明する書類（在学証明書など）
- イ 大学における学業成績を証明する書類（修業年限が1年に満たない者にあつては、卒業した高等学校における学業成績を証明する書類）
- ウ 健康診断書（大学が発行する健康診断証明書など。ただし、エックス線胸部撮影の結果を明記したもので、申請の日前4月以内に受診したものに限る。）
- エ 戸籍謄本（申請の日前2月以内に市区町村が発行したもの）
- オ （地域医療従事医師確保修学資金を希望する場合に限り、）大学入学の前1年間、本人又は親族等（配偶者・一親等の親族に限る。）が県内に居住していることを証明する書類（本人又は親族の住民票）
- カ （山形大学医学部修学資金を希望する場合に限り、）大学入学の前1年間、本人及び親族等（配偶者・一親等の親族に限る。）が県内に居住していないことを証明する書類（本人及び親族等の住民票）

提出の際は、封筒に「山形県医師修学資金貸与申請書在中」と明記のこと

【直接持参の場合】

募集期間内（土日、祝日を除く）の午前8時30分から午後5時15分まで

【郵送の場合】

簡易書留郵便サービスで郵送すること（平成30年7月3日（火）の消印まで有効）

7 保証人

申込みにあつては、2名の保証人が必要となります。

1名は、貸与を受けようとする者の親族（親権者など）、もう1名は、成年者であつて、貸与を受けようとする者と独立の生計を営み、修学資金を返還できる資力を有する者。

8 貸与の決定

「山形県医師修学資金貸与申請書」の提出があつた後、山形県において書類審査を行い、その後、下記の日程で面接を行い、貸与者を決定します。

- 9 面接日（予定） 平成30年8月9日（木）または8月20日（月）のいずれか1日
（面接時間・場所については、別途郵送で通知します）

年 月 日

山形県知事 殿

申請者

(記名押印又は署名)

山形県医師修学資金貸与申請書

山形県医師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
希望する修学資金	第1希望 () 第2希望 () (1 地域医療従事医師確保修学資金 2 特定診療科医師確保修学資金 3 山形大学医学部修学資金)		
希望する診療科等 (希望する修学資金で2を選んだ場合のみ記入)	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () (1 小児科 2 産婦人科 3 放射線科 4 麻酔科 5 救急医療)		
卒業した 高等学校	名称		
	卒業年月	年 月	
在学している 大学	名称		
	学部及び学科	学部	学科
	入学年月	年 月	
	学年	年	

家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業（勤務先） 又は学校名	年間収入額	同居又は別居
			歳		円	

家族の住所	郵便番号	電話番号 ()
-------	------	----------

保証人になる者に関する事項	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住所	電話番号 ()	電話番号 ()
	本籍		
	職業		
	勤務先		
	年間収入額	円	円
	本人との関係		