様式第１号(第１０条関係)

福岡県専門医研修資金貸与申請書

年　　月　　日

福岡県知事　殿

申請者氏名

　研修資金の貸与を受けたいので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１０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） |
| 住　所 |  郵便番号(　　　　　　　　　)　 |
| 電話番号 |  |
| 専門研修実施計画 | 病院（診療所）名 | 研修期間 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 貸与申請期間 | 年　　　月　　　～　　　　　年　　　月 |
| 備考 |  |

関係書類　１　医師免許証の写し

２　臨床研修修了登録証の写し

３　推薦調書（様式第２号）

様式第２号(第１０条関係)

推　　薦　　調　　書

年　　月　　日

福岡県知事　　　　　　　　殿

所　在　地

名　　　称

開設者又は

専門研修プログラム統括責任者氏名

（自署又は記名押印）

　下記の者は、福岡県専門医研修資金貸与条例に規定する専門研修を受けており、研修資金の貸与を受ける者として適当と認められるので、推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 専門研修領域（研修期間） |  |
| 意　　　　見 |  |

様式第３号(第１１条関係)

福岡県専門医研修資金貸与承認通知書

 　　　 　　 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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１１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　 　日以内に福岡県専門医研修資金貸与契約書（様式第５号）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１５万円

４　貸与予定期間

　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで

様式第４号 (第１１条関係)

福岡県専門医研修資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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１１条の規定により通知します。

記

理由

備考

様式第５号 (第１２条関係)

福岡県専門医研修資金貸与契約書

 福岡県（以下「甲」という。）と　　　　　　　　　　　　（以下「乙」という。）は、福岡県専門医研修資金について、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、乙に研修資金を貸与し、乙はこれを借り受ける。

（貸与額等）

第２条　研修資金の貸与総額、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　 １５０，０００円

貸与期間　　 　　　年　月から

年　月までの　　　　月間

（連帯保証人）

第３条　連帯保証人は、研修資金の返済債務を保証し、乙と連帯して債務を負担する。

（条例及び規則との関係）

第４条　この契約書に定めのない事項については、福岡県専門医研修資金貸与条例（令和２年福岡県条例第１５号）及び福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則（令和２年福岡県規則第１９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 印

電話番号（　　　　　）　　　　　－

連帯保証人 住 所

氏 名 印

電話番号（　　　　　）　　　　　－

様式第６号(第１４条関係)

福岡県専門医研修資金貸与中止決定書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福岡県知事　　　　　　　印

福岡県専門医研修資金貸与条例第７条第１項の規定により、下記のとおり福岡県専門医研修資金の貸与の中止を決定しましたので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１４条第１項の規定により通知します。

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　　　　　　　　　　円

様式第７号(第１４条関係)

福岡県専門医研修資金貸与停止決定書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 福岡県知事　　　　　　　印

福岡県専門医研修資金貸与条例第７条第２項の規定により、下記のとおり福岡県専門医研修資金の貸与の停止を決定しましたので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１４条第２項の規定により通知します。

記

１　貸与停止日

　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　停止理由

様式第８号(第１５条関係)

福岡県専門医研修資金貸与再開申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

貸与番号

　　　氏名

住所

　　　　　　第　　　　号による福岡県専門医研修資金の貸与の停止の決定について、停止の事由が消滅したため、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１５条第１項の規定により、関係書類を添えて福岡県専門医研修資金の貸与の再開を申請します。

記

１　停止の事由が消滅した日

　　　　　　年　　　　月　　　　日

２　貸与停止の期間

　　　　　　年　　　　月から　　　　　年　　　　月まで

関係書類：貸与停止理由の消滅を証するもの

様式第９号(第１５条関係)

福岡県専門医研修資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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１５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　貸与停止期間

年　　　月から　　　　　　年　　　月まで

様式第１０号(第１５条関係)

福岡県専門医研修資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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１５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１７条関係)

福岡県専門医研修資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

（自署又は記名押印）

住　　所

 福岡県専門医研修資金貸与条例第８条ただし書の適用を受けたいので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１７条第２項の規定により下記のとおり申請します。

記

１　申請の理由

２　返還債務の免除に該当しない理由　 (注)いずれかの理由に〇を付けてください。

 （　　）（１）貸与の中止

 （　　）（２）指定勤務の中止

業務従事期間　 　年　　月　　日から　　　　 年　　月　　日まで

年　　月　　日から　　　　 年　 月　　日まで

 （　　）(３)その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

３　借用金額

　　　　　　　　　　　円

４　返還方法

年賦

支払回数　　　　　回

５　連帯保証人

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　住所

　　　電話番号

様式第１２号(第１７条関係)

福岡県専門医研修資金返還方法承認通知書

　 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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１７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 |  円　　　 | 方　法 | 年　賦 |
| 回　数 | 金　額 | 納期限 |
|  | 円 |  　 年　　　　月　　　　日 |
|  | 円 |  年　　　　月　　　　日 |
|  | 円 |  　年　　　　月　　　　日 |

備考

様式第１３号(第１７条関係)

福岡県専門医研修資金返還方法不承認通知書

　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 福岡県知事　　　　　　　印

　 　年　　月　　日付けで申請のあった福岡県専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１７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１９条関係)

福岡県専門医研修資金返還猶予(猶予事由変更)申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

 福岡県専門医研修資金の返還債務の履行の猶予について、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９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）該当する区分に〇を付けてください。

１　返還猶予理由　（注）いずれかの理由に〇を付けてください。

 　（　　）（１）指定勤務に従事

　　　　　　　　　指定勤務先名

　　　　　　　　　指定勤務先住所

 　（　　）（２）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

様式第１５号(第１９条関係)

福岡県専門医研修資金返還猶予(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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９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）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　その他

（１）指定勤務先に変更があったときは、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９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、改めて福岡県専門医研修資金返還猶予（猶予事由変更）申請書（様式第１４号）により申請してください。

様式第１６号(第１９条関係)

福岡県専門医研修資金返還猶予(猶予事由変更)不承認通知書

 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 福岡県知事　　　　　　　印

　　　年　月　日付けで申請のあった福岡県専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９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１９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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　福岡県専門医研修資金貸与条例第２条第４号の指定勤務を行っている病院（診療所）を変更したので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９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（診療所）の変更

新病院（診療所）名称　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

住所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

旧病院（診療所）名称　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

住所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

業務従事期間　　　　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１９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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　病院（診療所）名

　　　　　　　　　　管理者名

（自署又は記名押印）

様式第１９号(第１９条関係)

福岡県専門医研修資金返還猶予中止決定書

 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 福岡県知事　　　　　　　印

福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９条第５項の規定により、下記のとおり福岡県専門医研修資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２０条関係)

福岡県専門医研修資金返還免除申請書

 　年　　月　　日

福岡県知事　殿

貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

住所

　福岡県専門医研修資金の返還債務の免除を受けたいので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２０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)いずれかに〇を付けてください。

 （　　）（１）当然免除(福岡県専門医研修資金貸与条例第１１条)

 （　　）（２）裁量免除(福岡県専門医研修資金貸与条例第１２条)

２　免除申請理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

 （　　）（１）指定期間、指定勤務に従事

業務従事期間　　　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

 　 　 住所

関係書類：　就労証明書 ・ 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２０条関係)

福岡県専門医研修資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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２０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(福岡県専門医研修資金貸与条例第１１条に該当)

（２）裁量免除(福岡県専門医研修資金貸与条例第１２条に該当)

４　免除理由

（１）指定期間、指定勤務に従事

業務従事期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

（２）業務上の理由により死亡

（３）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２０条関係)

福岡県専門医研修資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専門医研修資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、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２０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２１条関係)

福岡県専門医研修資金貸与辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

 　　　　 貸与番号

 　　　　 氏名

 　　　　 住所

　福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２１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)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　（　　）(１) 専門研修の中止

　　（　　）(２) 福岡県専門医研修資金貸与の辞退

理由

　　（　　）(３) 心身の故障により研修継続困難

２　理由発生年月日

　　　　　　年　　　　月　　　　日

関係書類：事実を証する書類

様式第２４号(第２１条関係)

福岡県専門医研修資金貸与停止届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

 　　　　貸与番号

 　　　　 氏名

 　　　　住所

　福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２１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

停止の理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　（　　）１　専門研修の休止

　　　　　　　　予定期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

　　（　　）２　県外での専門研修の実施

　　　　　　　　予定期間　　　　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２５号(第２１条関係)

福岡県専門医研修資金変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

 　　　　貸与番号

 　　　　 氏名

 　　　　住所

下記のとおり変更しましたので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２１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２１条関係)

死亡届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２１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　福岡県専門医研修資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（連帯保証人）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

関係書類：　死亡診断書

様式第２７号(第２２条関係)

指定勤務中断届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

 　　　　貸与番号

 　　　　 氏名

 　　　　住所

　下記のとおり、指定勤務を中断しますので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２２条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先病院（診療所）名 |  |
| 業務に従事することができない理由 |  |
| 業務に従事することができない期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで |

（注）業務に従事することができない期間に変更が生じる場合には、必ず改めて申し出ること。

　　　この場合において、「業務に従事することができない期間」には、変更後の業務に従事することが

できない全期間を記載すること。

 関係書類　「業務に従事することができない理由」に記載した内容を証する書類