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

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　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

　　　　 住所

　　　　　 生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

　　福岡県知事　殿

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　 　年　月から

　　　　　　　　　 　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（　　　　　）　　　　　 －

連帯保証人 住 所

氏 名

電話番号（　　　　　）　　　 　　－

連帯保証人 住 所

氏 名

電話番号（　　　　　）　　　　　 －

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

氏名

住所

　　　　　　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 　　　　　 （自署又は記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 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)いずれかの理由に〇を付けてくださ

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　　日付け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　　日付け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

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)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。

1. 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

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　　　　において医療業務に従事して（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

　　　　　　　　　　病院等名

　　　　　　　　　　管理者名

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

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)いずれかに〇を付けてください。

(　)(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)いずれかの理由に〇を付けてください。

(　)(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

　 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)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　(　)(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

　　　　　　　　　　　　　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)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　(　)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

　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　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