様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日及び年齢 | 年　　 月　　 日（満　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 研修を受ける診療科名 |  | 貸与申請額 | 年額　　　　　　　円 |
| 専門研修プログラム名 |  |
| 主たる研修先の医療機関の名称及び住所 |  |
| 研修開始年月日 | 　　年　　月　　日 | 修了予定年月 | 　　　年　　　月　　日 |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　号 | 医籍登録年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 現住所及び電話番号 | 〒（　　　）　　－　　　　　　　　携帯電話　　　－　　　－ |
| メールアドレス | 携帯メール：ＰＣメール： |
| 貸与申請期間 | 　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 添　付　書　類 | １　誓約書（様式第１号の別紙）２　履歴書３　研修資金の貸与を受けようとする者の住民票の写し４　専門研修実施計画書（様式第２号）５　医師免許証の写し６　その他知事が必要と認める書類 |
| 上記のとおり、兵庫県特定専門医研修資金の貸与を受けたいので、兵庫県特定専門医研修資金貸与事業貸与要綱第５条の規定より必要書類を添えて申請します。　　　　　　年　　月　　日兵庫県知事　様 申請者氏名　 |

兵庫県特定専門医研修資金貸与申請書

（注）

・兵庫県養成医師制度に係る修学資金、他の地方公共団体等が行う同種の修学資金又は研修資金の貸与・支給を受けた者は申請できません。

・専門研修を受ける予定の方は、「専門研修プログラム名」「主たる研修先の医療機関の名称及び住所」「研修開始年月日」は予定を記入してください。