

様式第 1 号その 5 (第 2 条関係)

特 定 診 療 科 専 門 研 修 資 金 貸 与 申 請 書

令和〇年〇月〇日

佐賀県知事 様

記入日を記入してください。

申請者（本人）氏名 佐賀 太郎

記入漏れ注意

特定診療科専門研修資金の貸与を受けたいので、佐賀県医師修学資金等貸与条例施行規則第 2 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、貸与を受けることとなったときは、佐賀県医師修学資金等貸与条例及び佐賀県医師修学資金等貸与条例施行規則の規定を遵守し、同条例に規定する必要勤務期間、知事が指定する医療機関等における業務に従事することを誓います。

本人	ふ り が な	さが たろう	主たる研修先の医療機関等の名称及び所在地		佐賀大学医学部附属病院 佐賀市鍋島 5 丁目 1 − 1		
	氏 名	佐賀 太郎	研修を受ける診療科		産婦人科		
	生 年 月 日 及 び 年 齢	平成〇年〇月〇日 (満〇〇歳)		貸与期間※		空欄でお願いします	
	現 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 8 4 9 − 0 9 3 7 佐賀市鍋島〇丁目〇番〇号 ハイツ〇〇 101号室 電話番号 000 (0000) 0000					
連帯保証人	医 籍 登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	(第000000号) 令和〇年〇月〇日登録		専 門 研 修 期 間	令和 8 年 4 月 1 日から 令和11年 3 月 31 日まで		
	ふ り が な	さが はなこ	生年月日	平成〇年〇月〇日	職業	看護師	
	氏 名	佐賀 花子					
	現 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 8 4 9 − 0 9 3 7 佐賀市鍋島〇丁目〇番〇号 ハイツ〇〇 101号室 電話番号 000 (0000) 0000			続柄	妻	
	ふ り が な	さが いちろう	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職業	自営業	
	氏 名	佐賀 一郎					
	現 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 8 4 0 − 0 0 4 1 佐賀市城内〇丁目〇番〇号 電話番号 000 (0000) 0000			続柄	父	

注 ※印欄は、記入しないこと。

添付書類

- 1 申請者及び各連帯保証人の身分証明書（学生証、運転免許証等）の写しその他本人確認を行うことのできる書面。ただし、他の方法により本人確認を行うことができる場合は、この限りでない。
- 2 研修実施計画書
- 3 医師免許証の写し
- 4 その他知事が必要と認めるもの