千葉県医師修学資金貸付制度　特によく使う様式の記載例

毎年度	現況報告書		1
６年次以降は毎年度	キャリア形成プラン	卒前シート	2
		卒後シート	3
変更時	氏名（住所）変更届		4
	連帯保証人変更届		5
	参考　誓約書（連帯保証人変更にあたり確認してください）		6
	連帯保証人変更届　（住所変更時の例）		7
貸付期間満了時	修学資金借用証書		8
	修学資金返還猶予申請書　（臨床研修に入る場合の例）		9
	（留年など、貸付期間満了時に在学中の場合の例）		10
臨床研修の開始時と修了時	臨床研修開始等届　（開始の例）		11
	（修了の例）		12
特定病院勤務中で勤務先を変更するとき	医師業務従事開始届		13
病院勤務中	医師業務従事期間証明書		14
勤務（研修）を中断するとき	臨床研修中断等届　**注）特定病院勤務中もこの様式を使用します**		15
猶予加算を受けたいとき	修学資金返還猶予申請書（出産、育児等の休業の例）		16
	（育児・介護で短時間勤務するときの例）		17
	（専門医を取得するために申請する例）		18
免除要件を満たしたとき	修学資金返還免除申請書		19

○　提出書類の種類と時期

（１）貸付申込から返還免除まで共通の手続き

提出時期	様式の名称	留意事項	メール提出
貸付申込時	修学資金貸付申請書、誓約書、同意書	・地域枠入学の方は、入試の出願時に提出 ・一般枠、ふるさと枠の方は、申込時に提出	不可
毎年度３月	キャリア形成プラン	医師修学資金受給者と県がファイルをやり取りし、義務履行の見通しや履行状況を双方で確認するために使用します ・『卒前シート』は医学部在学中の卒前支援プロジェクトの参加状況を記入 ・『卒後シート』は卒後の所属や、専門研修プログラムの選択状況、キャリア形成プログラムの履行状況（勤務実績や勤務予定等）を記入	可
毎年度 ４月３０日まで	現況報告書	記載内容に変更がなくても、毎年度、提出すること	可
住所や氏名を変更したとき	氏名（住所）変更届		可
メールアドレスを変更したとき	様式なし	届出様式等はないが、必ず連絡すること	可
連帯保証人を変更したとき	連帯保証人変更届	変更後の連帯保証人の印鑑証明書の提出が必要	不可
連帯保証人の住所や氏名が変更したとき	連帯保証人変更届	添付書類は不要だが、必ず提出（押印はなくても可）	可

（２）在学中から卒業するまでに必要な手続き

提出時期	様式の名称	留意事項	メール提出
貸付期間が満了したとき	修学資金借用証書、修学資金返還猶予申請書	卒業時期にかかわらず、貸付期間満了時に手続きが必要	不可
留年したとき	様式なし	届出様式等はないが、必ず連絡すること （正規の年限を超えた時点で貸付は終了）	可
休学した（停学の処分を受けた）とき	大学休学（停学）届	休学・停学中は修学資金の振り込みは中断される	可
復学（停学期間が満了）したとき	大学復学（停学期間満了）届	提出すると、修学資金の振り込みが再開される	可
退学するとき	大学退学届、修学資金貸付辞退届	【ふるさとコース以外の方は、必ず大学の担当部署に相談してから、県に連絡してください】 届出の際に、返還の見込みについて県が確認する	不可
貸付けを辞退するとき	修学資金貸付辞退届 ※返還猶予を希望する場合は「修学資金返還猶予申請書」も提出（猶予要件を満たす場合のみ）	【ふるさとコース以外の方は、必ず大学の担当部署に相談してから、県に連絡してください】 医師キャリアコーディネータ等と面談を行い、辞退の理由や返還の見込みについて確認する	不可

（３）医師免許取得後、義務履行まで共通の手続き

提出時期	様式の名称	留意事項	メール提出
猶予期間の加算を受けたいとき	修学資金返還猶予申請書	理由を問わず、加算の必要がない（4 年を超える見込みがないなど）と申請者が判断する場合は、提出不要	状況による

（４）臨床研修中

提出時期	様式の名称	留意事項	メール提出
開始した時	臨床研修開始等届		不可
休止、中断したとき	臨床研修中断等届	猶予期間の追加を希望する場合は、修学資金返還猶予申請書も提出 研修を再開するときは、「臨床研修開始等届」を提出	不可
修了した時	臨床研修開始等届		不可

（５）特定病院での勤務開始後

提出時期	様式の名称	留意事項	メール提出
勤務先を変更する 3 か月前	医師業務従事開始届	届出時点で勤務している医療機関名を記載して提出 （離職しているときは、氏名のみ記載）	可
1 月を超える期間、特定病院に勤務しないとき	臨床研修中断等届	何らかの事情で、退職してすぐに就職しない場合、産休や育休、義務履行の要件に該当しない医療機関に勤務する場合	状況による
特定病院に勤務した翌年度の 4 月 30 日まで	医師業務従事期間証明書	提出時は県がキャリア形成プランにその旨を記載 （提出したのに記載がない場合は、県に連絡すること）	不可
免除要件を満たしたとき	修学資金返還免除申請書 （要勤務先証明）	要件を満たした時点で勤務していた医療機関の証明が必要	不可

「現況報告書」記載例　　押印不要・メール提出可
提出時期：在学時から、毎年４月１日時点の状況を４月３０日までに提出
※特定病院勤務開始後は、原則として「従事期間証明書」を同時に提出

第十八号様式（第十三条第一項）

現　況　報　告　書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

次のとおり令和○年４月１日現在の状況を報告します。

1　現住所

住　　所	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○町○○番地 電話　○○○（△△△）□□□□

住所や氏名を変更した場合
⇒「氏名（住所）変更届」をあわせて提出

2　大学、研修病院、勤務先等

所　在　地	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○町○○番地
名　　称	○○大学医学部医学科
業務の内容等	※在学中の受給者の場合の例 ３学年在学中

４月１日の学年を記載
※　もし、留年した場合は（留年）と付記

3　連帯保証人

氏　　名	千葉　次郎
住　　所	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○町○○番地 電話　○○○（△△△）□□□□
氏　　名	千葉　三郎
住　　所	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○町○○番地 電話　○○○（△△△）□□□□

連帯保証人が変更した場合
連帯保証人の住所が変更した場合
⇒　いずれの場合も「連帯保証人変更届」をあわせて提出

「キャリア形成プラン　卒前シート」記載例　押印不要・メール提出可
提出時期：３月末に、当該年度の卒前支援プロジェクトの参加報告を記入して提出
※　手書き様式の場合、現況報告書の下部に記載しても可。「参加なし」の年度は提出不要。

【様式ダウンロード（記載例含む）】
「キャリア形成プログラム及び診療科別コース等について」－「キャリア形成プラン」
（卒前・卒後は同一ファイルの別シートです）

キャリア形成プラン【卒前シート】

更新日　2023/4/1

・卒前支援プロジェクト→【県WEBページ】キャリア形成プログラム及び診療科別コース等について【URL】https://www.pref.chiba.lg.jp/iryou/ishi/ishikakuho/gakusei/sotsuzen.html

・「キャリア形成プラン【卒前シート】」は、卒前支援プロジェクトに参加した際に記入し、（chibaishi@mz.pref.chiba.lg.jp）宛てに提出してください。

・更新したセルを黄色にしてください。

メールアドレス	abc.def@chiba.co.jp

【卒後シート】から引用。【卒後シート】を記入してください。↓

フリガナ	ケンチョウ　ハナコ	ID	※記入不要	医師修学資金コース名	長期支援コース（地域枠）	貸付決定年度	H29	大学	○○大学	貸与年数	6年
氏名	県庁　花子					出身区分 ※H29のみ	県内			義務年限	9年

●卒前支援プロジェクト参加報告

	年度	学年	カテゴリー	プロジェクト名称	参加年月日
1	R5	1	イベント	ちば地域医療セミナー	令和5年○月○日
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

令和５年度以降の医学部在学中の卒前支援プロジェクトの参加状況を記入します。

卒後は記入不要です。

●相談内容の記録（自由記載）

日付（年月日）	学年	相談内容
2022/2/1	医師2年目	県のキャリアコーディネータに診療科別コースの選択について相談。政策医療分野のコースについて助言を受けた。

「キャリア形成プラン　卒後シート」記載例　押印不要・メール提出可

提出時期：６年次以降、毎年度、３月１０日を目途に提出

医師１年目以降は、県が把握している情報を入力したものを、県（またはキャリアコーディネータ）から個別に送付⇒当年度の勤務実績と次年度の勤務予定を記入して提出

【様式ダウンロード（記載例含む）】

「キャリア形成プログラム及び診療科別コース等について」－「キャリア形成プラン」

（卒前・卒後は同一ファイルの別シートです）

キャリア形成プラン【卒後シート】

・「キャリア形成プラン【卒後シート】」は、毎年度内容を更新し、３月１０日までに（chibaishi@mz.pref.chiba.lg
・また、勤務先や勤務時間等に変更があった場合、猶予を利用する場合等は、年度途中であってもその都度提出してく
・キャリア形成プログラム、診療科別コース、非常勤勤務等について→【県WEBページ】キャリア形成プログラム及び

・更新したセルを黄色にしてください。

フリガナ 氏名	ケンチョウ　ハナコ 県庁　花子	ID	※記入不要	医師修学資金コース名	長期支援コース（地域枠）	出身区分※H29のみ	県内	大学	○○大学	義務年限	9年

「貸付年度別の選択可能なプログラム」参照

プルダウンから選択　義務年限（プログラム）

●診療科別コー

キャリア形成プログラム	新プログラム	義務年限	9年	A群B群通算（「地域の病院」群）必要勤務年数	4年	地域A群必要勤務年数	2年
診療科別コース選択の有無	有	キャリア形成支援機関	千葉大学医学部附属病院	診療科	消化器内科	備考	
		コース管理者（所属/職/氏名）	消化器内科　教授 ○○　○○	コース管理者連絡先	043-000-0000 xxx@xxx.jp		

診療科別コースは、県のWEBページに掲載
診療科別コース一覧から選択してください
診療科別コース一覧　→

○希望のコースがある方→コース選択「有
キャリア形成支援機関、診療科、コース管
コース管理者連絡先を選択した診療科別コ
確認のうえ、記入してください。

○希望のコースがない方→コース選択「コ
キャリア形成支援機関等（太枠内）は「－
してください。
県のキャリアコーディネータと相談して義
勤務プランを作成しますので、県までご相

●医局・専門研修・資格

○医局について（医局に入局している場合、所属等を記入してください。）

所属：千葉大学消化器内科医局
責任者（職／氏名）：教授　○○　○○
責任者連絡先：（電話）043-000-000　（メール）xxx@xxx.jp

○専門研修について（専門研修中の方は、選択している専門研修プログラムについて記

基幹施設名：千葉大学医学部附属病院
基本領域：内科
プログラム責任者：○○　○○
責任者連絡先：（電話）043-000-000　（メール）xxx@xxx.jp

○資格について（取得した専門医等を記載してください

内科専門医

診療科別コースと重複する部分もあるかもしれませんが、**医局の入局状況、専門研修プログラムの選択状況、資格の取得状況**について記入してください。

●特記事項（任意記入）

将来的に大学院進学を検討している。
育児中。

ご自身のキャリア形成において、重視すること（希望するキャリアや家族の状況等）など、**特に県やキャリアコーディネータ、コース管理者と共有したい事項**を自由に記載してください。

●勤務実績・勤務予定等

提出時までの勤務実績、及び、次年度以降の勤務予定を記入してください。
※医療機関毎に記載。必要に応じて行を挿入してください。

県で記入します。記入された内容を必ず確認してください。

卒後	年度	勤務（予定）先	勤務内容 猶予加算理由	勤務期間 猶予加算期間	月数	雇用形態	勤務時間 （1週間当たり） ※当直・宿直の場合は年間の回数	提出書類 非常勤等	猶予	証明書	各病院群の義務履行年数 臨床研修	A群	B群	県内病院	算定外 上限４年	合計 上限13年	猶予加算
1年目	2016	○○病院	臨床研修		初期臨床研修の基幹施設					済	1.0					1.0	
2年目	2017	○○病院	臨床研修		【　○○病院　】					済	1.0					1.0	
3年目	2018	船橋市立医療センター（消化器内科）	専門研修（連携）	4/1-3/31		常勤	38.75時間			済			1.0			1.0	
4年目	2019	千葉県立佐原病院（消化器内科）	専門研修（連携）	4/1-3/31		常勤	38.75時間			済		1.0				1.0	
5年目	2020	千葉大学医学部附属病院（消化器内科）	専門研修（基幹）	4/1-3/31		非常勤	31時間			済				1.0		1.0	
6年目	2021	千葉大学医学部附属病院（消化器内科）	サブスペシャルティ研修	4/1-9/10	6	非常勤	31時間			済				0.5		0.5	
			産休・育休	9/11-3/31	6				済								0.5　産休・育休
7年目	2022	千葉大学医学部附属病院（消化器内科）	サブスペシャルティ研修	4/1-3/31		非常勤	31時間			要				1.0		1.0	
8年目	2023	千葉大学医学部附属病院（消化器内科）	サブスペシャルティ研修	4/1-3/31		非常勤	16時間	要		要				0.5		0.5	
		大学院													0.5		
9年目	2024	千葉県立佐原病院	診療									1.0					
10年目	2025	地域B群	診療										1.0			1.0	
備考								合計			2.0	2.0	2.0	3.0	0.5	9.5	0.5
											9.0						

「氏名（住所）変更届」記載例　　押印不要・メール提出可
提出時期：変更の都度

第二十号様式（第十四条）

氏　名（住　所）変　更　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　花子

次のとおり氏名（住所）を変更したので届け出ます。

1　新事項

住　　所	〒○○○－○○○○ 千葉県○○市○○町○○番地 電話　　（　　）
氏　　名	千葉　花子

2　旧事項

住　　所	〒△△△－△△△△ 千葉県△△町△△丁目△△番地 電話　　（　　）
氏　　名	船橋　花子

3　変更の理由

転居及び婚姻したため

4　変更年月日　　令和４年４月１日

「連帯保証人変更届　連帯保証人を変更する場合」記載例　<u>要押印・郵送</u>
提出時期：変更の都度
<u>添付書類：変更後の連帯保証人の印鑑証明書</u>

第四号様式（第四条第二項）

連　帯　保　証　人　変　更　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借 受 人 氏 名　千葉　一郎　印
新連帯保証人氏名　千葉　次郎　印

新連帯保証人については、
印鑑登録証明されている印影
を使用すること。

次のとおり連帯保証人を変更するので届け出ます。

1　新連帯保証人　住　所　　千葉県○○市○○町○○番地
氏　名　　千葉　次郎
職　業　　医師
生年月日　昭和○○年○月○日生（○○歳）
本人との関係　叔父
電話番号

2　旧連帯保証人　氏　名　　千葉　太郎

3　変更の理由　　死亡のため

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　　年　　月　　日生（　歳)」については記入しないこと。

＜連帯保証人の要件＞
独立の生計を営み、修学資金の返還の支払いの責任を負うことができる資力を有する者。
独立の生計を営む場合とは、原則、別居していること。なお、配偶者は別居していても、同一生計とみなします。
また、申請者が未成年の場合、１名は法定代理人（親権者等）としてください。

※ 参考「誓約書」
本様式は、貸付申請時にのみ提出するものです。「貸付開始から返還免除を受けるまで（返還する場合は完済まで）、連帯保証人は申請者の債務を連帯して負担する」ことに留意してください。（連帯保証人変更の場合は、本様式等を用いて変更後の連帯保証人に説明したうえで、手続きを進めてください。）

第二号様式（第三条）

誓　　約　　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

年　　月　　日

千葉県知事　　様

（申請者）
氏　名　　㊞

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

（連帯保証人）
住　所
氏　名　　㊞
職　業
生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）
申請者との関係
電話番号

（連帯保証人）
住　所
氏　名　　㊞
職　業
生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）
申請者との関係
電話番号

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）」については記入しないこと。

「連帯保証人変更届　連帯保証人の住所を変更する場合」押印なくても可・メール提出可
提出時期：変更の都度

第四号様式（第四条第二項）

連　帯　保　証　人　変　更　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借 受 人 氏 名　千葉　一郎　印
~~新~~連帯保証人氏名　○○　○○　印

次のとおり連帯保証人~~を変更するので届け出ます。~~
の住所を変更するので届け出ます。

取り消し線で削除し、付記してください。
専用様式は HP から DL できます。
又は「手書き専用様式集」の該当ページを使用してください。

1　~~新~~連帯保証人 変更後の住　所　　千葉県○○市○○町○○番
氏　名　　千葉　次郎
職　業
生年月日
本人との関係
電話番号　●●●●

2　旧連帯保証人　氏　名

3　変更の理由　　転居のため

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　　年　　月　日生（　歳)」については記入しないこと。

「修学資金借用証書」記載例　<u>要押印・郵送</u>
提出時期：貸付期間が満了したとき

第十七号様式（第十二条）

印紙

修　学　資　金　借　用　証　書

借用金額に応じた収入印紙を貼付し消印をしてください。
１百万超５百万以下：２千円
5百万超１千万以下：１万円
１千万超５千万以下：２万円

年　　月　　日

千葉県知事　〇〇〇〇様

借 受 人 氏 名　　千葉　一郎　印
連帯保証人氏名　　千葉　次郎　印
連帯保証人氏名　　千葉　三郎　印

連帯保証人の印は、実印を使用してください。貸付申込時（変更した場合はその時）から印鑑登録を変更している場合は、現時点の実印を使用し、印鑑登録証明書を添付してください。

次のとおり修学資金を借用いたしました。

１　借用金額　　金１４，４００，０００円

２　修学資金の種類（該当するものを〇で囲んで
（１）　長期支援コース修学資金
（２）　ふるさと医師支援コース修学資金
（３）　産婦人科コース修学資金

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

「修学資金返還猶予申請書　卒業後に提出する場合」記載例　<u>要証明印・郵送</u>
提出時期：貸付期間が満了したとき

第十五号様式（第十条）

修 学 資 金 返 還 猶 予 申 請 書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">修 学 資 金 の 種 類</td><td colspan="2">①　長期支援コース修学資金
2　ふるさと医師支援コース修学資金
3　産婦人科コース修学資金</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付けを受けた期間</td><td colspan="2">平成２９年４月から令和５年３月まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">猶予申請の内容</td><td>猶 予 申 請 額</td><td colspan="2">14,400,000　円</td></tr>
<tr><td>猶 予 申 請 理 由</td><td colspan="2">今後、県内において臨床研修を受け、かつ、特定病院等において医師の業務に従事する見込みのため</td></tr>
<tr><td rowspan="3">業務従事等の状況</td><td colspan="2">業務従事（修学・研修）</td><td>業務（修学・研修）内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和５年４月から令和７年３月まで</td><td>臨床研修</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　　月　　日
病院（診療所）所在地
病院（診療所）名
病院（診療所）長氏名　㊞</td></tr>
</table>

注　千葉県医師修学資金貸付条例第９条第３号の規定に該当する場合には、同号に規定する返還ができなくなったことを証する書類を添付すること。

臨床研修を実施する病院の証明を受けてください。
（基幹病院・実際の勤務先どちらでも可）

留年などで、貸付期間満了後、すぐに病院に勤務しない場合は、次ページの記載例を参照してください

「修学資金返還猶予申請書　在学中に提出する場合」記載例　<u>要証明印・郵送</u>
提出時期：貸付期間が満了したとき

第十五号様式（第十条）

修 学 資 金 返 還 猶 予 申 請 書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請します。

修学資金の種類		①　長期支援コース修学資金 2　ふるさと医師支援コース修学資金 3　産婦人科コース修学資金
貸付けを受けた期間		平成２９年４月から令和５年３月まで
猶予申請の内容	猶予申請額	14,400,000　円
	猶予申請理由	今後、引き続き大学に在学し、卒業後は県内において臨床研修を受け、かつ、特定病院等において医師の業務に従事する見込みのため
業務従事等の状況	業務従事（修学・研修）	業務（修学・研修）内容等
	平成 29 年 4 月から令和 6 年 3 月まで	医学部在学
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　　月　　日 大学~~病院（診療所）~~所在地 大学~~病院（診療所）~~名 大学~~病院（診療所）~~長氏名　㊞	

注　千葉県医師修学資金貸付条例第９条第３号の規定に該当する場合には　同号に規定する返還ができなくなったことを証する書類を添付すること。

留年などで、貸付期間満了後、すぐに病院に勤務しない場合は、医学部に在学する見込みの期間を記載し、在学中の大学の証明を受けてください。

「臨床研修開始等届　研修を開始するとき」記載例　<u>要証明印・郵送</u>
提出時期：臨床研修を開始したとき
添付書類：医師免許証又は医籍登録済証明書の写し

第九号様式（第五条第一項第五号）

臨　床　研　修　開　始　等　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

次のとおり臨床研修を開始（修了・再開）したので届け出ます。

届　出　事　由	①　臨床研修の開始 2　臨床研修の修了 3　臨床研修の再開 （該当するものを○で囲んでください。）
開始（修了・再開） 年　　月　　日	令和５年４月１日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年　　月　　日 病院（診療所）所在地 病院（診療所）名 病院（診療所）長氏名　　印	

基幹型臨床研修病院の名称:○○病院

臨床研修を実施する病院の証明を受けてください。
証明は基幹病院・協力病院等の実際の勤務先のどちらでもかまいませんが、基幹病院でない場合は、欄外に基幹病院名を記載してください

「臨床研修開始等届　研修を修了したとき」記載例　<u>要証明印・郵送</u>
提出時期：臨床研修を修了したとき

第九号様式（第五条第一項第五号）

臨　床　研　修　開　始　等　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

次のとおり臨床研修を開始（修了・再開）したので届け出ます。

届　出　事　由	1　臨床研修の開始 ②　臨床研修の修了 3　臨床研修の再開 （該当するものを○で囲んでください。）
開始（修了・再開） 年　　月　　日	令和７年３月３１日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年　　月　　日 病院（診療所）所在地 病院（診療所）名 病院（診療所）長氏名　　㊞	

基幹型臨床研修病院の名称:○○病院

臨床研修を実施した病院の証明を受けてください。
証明は基幹病院・協力病院等の実際の勤務先のどちらでもかまいませんが、基幹病院でない場合は、欄外に基幹病院名を記載してください

「医師業務従事開始届」記載例　押印不要・メール提出可
提出時期：特定病院勤務中で勤務先を変更する３か月前

第十二号様式（第六条）

医 師 業 務 従 事 開 始 届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

次のとおり医師の業務に従事したいので届け出ます。

勤務開始予定年月日	令和４年４月１日
臨床研修を受け、又は勤務した病院又は診療所	○○病院
希望する診療科	内科

現在、勤務している医療機関名を記載してください。
（離職している場合は、空欄でかまいません）

※　この届出については、キャリア形成プランが毎年度、期限までに提出されている場合は、未提出であっても催促はしません。

「医師業務従事期間証明書」記載例　　要証明印・郵送

提出時期：前年度に特定病院等で医師の業務に従事した期間がある場合、現況報告書と同時（4 月 30 日）に提出

※　勤務先が複数ある場合、勤務先ごとに作成し、提出してください。

第十九号様式（第十三条第二項）

医師業務従事期間証明書

借受人氏名　　千葉　一郎

医師の業務に従事した期間	令和４年４月１日から令和５年３月３１日まで		
勤務先医療機関	○○病院		
雇用形態	常勤		
勤務時間（１週間当たり）	３８．７５時間		
勤務した診療科	内科		
１月を超える期間医師の業務に従事しなかった期間の有無	(有)　無	期間	令和３年７月１日から 令和３年９月３０日まで
		理由	海外短期研修に参加していたため

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

千葉県知事　　様

有無のいずれかを○で囲み、有に該当の場合はその期間及び理由を記載してください。

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長氏名　　印

注　雇用先と実際の勤務先が異なる場合、「勤務先医療機関」には実際の勤務先を記載し、雇用先に証明してもらってください。

「臨床研修中断等届」記載例　　※証明印が必要なければメール提出可

提出時期：臨床研修を休止（要証明印）

医師免許取得後すぐに臨床研修を開始しない時、退職した時（証明印不要）

出産・育児・介護・疾病等で１月を超えて休業するとき（要証明印）

※猶予加算の条件に該当し、加算を希望する場合は、猶予申請書も同時に提出

（加算期間が未定の場合は、目途がついてから猶予申請書を提出してください）

第十号様式（第五条第一項第六号）

臨　床　研　修　中　断　等　届

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　花子

次のとおり臨床研修を中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間特定病院等で医師の業務に従事しないこととする）ので届け出ます。

届　出　事　由	１　臨床研修の中断 ２　臨床研修の休止 ３　医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする ４　退職 ⑤　１月を超える期間医師の業務に従事しない
中断する（休止する・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととす	令和５年１０月　１日から 令和７年　３月３１日まで 中断の予定期間を記入してください
中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととする）理由	出産・育児により休業するため
※病院（診療所）長の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 病院（診療所）所在地 病院（診療所）名 病院（診療所）長氏名　　印 勤務先等の証明を受けること。 ※退職事由の際は不要

注　退職する場合にあっては、病院（診療所）の長の証明は必要がないものとする。

注　臨床研修中だけでなく、特定病院の勤務を開始した後も、この様式で中断等を届け出ます。

「修学資金返還猶予申請書　猶予加算を希望する場合」出産・育児記載例
産休・育児休業等の場合：要証明印・郵送　　離職の場合：押印不要・メール提出可
提出時期：猶予加算を希望するとき

第十五号様式（第十条）

修 学 資 金 返 還 猶 予 申 請 書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">修 学 資 金 の 種 類</td><td colspan="2">①　長期支援コース修学資金
2　ふるさと医師支援コース修学資金
3　産婦人科コース修学資金</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付けを受けた期間</td><td colspan="2">平成２９年４月から令和５年３月まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">猶予申請の内容</td><td>猶 予 申 請 額</td><td colspan="2">14,400,000　円</td></tr>
<tr><td>猶 予 申 請 理 由</td><td colspan="2">出産・育児により休業するため</td></tr>
<tr><td rowspan="3">業務従事等の状況</td><td colspan="2">業務従事（修学・研修）</td><td>業務（修学・研修）内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和５年10月から令和７年３月まで</td><td>産前産後及び育児休業取得見込み</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　　月　　日
病院（診療所）所在地
病院（診療所）名</td></tr>
</table>

注　千葉県医師修学資金貸付条例第９条第３号の規定に該当する場合には、同号に規定する返還ができなくなったことを証する書類を添付すること。

勤務先の病院の証明を受けてください。

離職する場合は、証明印は不要ですが、理由を証明する公的書類（写しでも可）を添付してください。
例）母子健康手帳（出生証明欄のページ）、診断書　等

「修学資金返還猶予申請書　猶予加算を希望する場合」
　非常勤勤務（育児理由）の場合の記載例　　押印不要・メール提出可
提出時期：猶予加算を希望するとき

第十五号様式（第十条）

修 学 資 金 返 還 猶 予 申 請 書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">修 学 資 金 の 種 類</td><td colspan="2">①　長期支援コース修学資金
2　ふるさと医師支援コース修学資金
3　産婦人科コース修学資金</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付けを受けた期間</td><td colspan="2">平成２９年４月から令和５年３月まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">猶予申請の内容</td><td>猶 予 申 請 額</td><td colspan="2">14,400,000　円</td></tr>
<tr><td>猶 予 申 請 理 由</td><td colspan="2">育児により特定病院において非常勤勤務を行うことにより、特定病院に勤務しない期間が発生するため</td></tr>
<tr><td rowspan="3">業務従事等の状況</td><td colspan="2">業務従事（修学・研修）</td><td>業務（修学・研修）内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和５年10月から令和７年３月まで</td><td>育児のため○○病院で週４時間勤務</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　　月　　日
病院（診療所）所在地
病院（診療所）名</td></tr>
</table>

注　千葉県医師修学資金貸付条例第９条第３号の規定に該当する場合には、同号に規定する返還ができなくなったことを証する書類を添付すること。

勤務先の病院の証明は不要です。
非常勤勤務の理由を証明する公的書類（写しでも可）を添付してください。
例）母子健康手帳（出生証明欄のページ）、診断書　等

「修学資金返還猶予申請書　猶予加算を希望する場合」専門医取得の記載例

要証明印・郵送

提出時期：猶予加算を希望するとき

第十五号様式（第十条）

修 学 資 金 返 還 猶 予 申 請 書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">修 学 資 金 の 種 類</td><td colspan="2">①　長期支援コース修学資金
2　ふるさと医師支援コース修学資金
3　産婦人科コース修学資金</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付けを受けた期間</td><td colspan="2">平成２９年４月から令和５年３月まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">猶予申請の内容</td><td>猶 予 申 請 額</td><td colspan="2">14,400,000　円</td></tr>
<tr><td>猶 予 申 請 理 由</td><td colspan="2">・整形外科の専門研修プログラム（基幹施設：○○病院、千葉県○○市所在）を令和３年度より専攻。
・基本領域専門医取得までの必要最低限の期間は４年間。
・下記のとおり、特定病院に該当しない○○病院で研修を実施する必要があるため、猶予加算を希望する。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">業務従事等の状況</td><td colspan="2">業務従事（修学・研修）</td><td>業務（修学・研修）内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和５年４月から令和７年３月まで</td><td>整形外科専門研修プログラム</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　　月　　日
病院（診療所）所在地
病院（診療所）名</td></tr>
</table>

注　千葉県医師修学資金貸付条例第９条第３号の規定に該当する場合には、同号に規定する返還ができなくなったことを証する書類を添付すること。

従事予定期間を記載し、勤務先の病院の証明を受けてください。
研修中にさらに他の病院に勤務を変更することとなっている場合は、当該病院への勤務開始時に、改めて猶予申請書を提出してください

「修学資金返還免除申請書」記載例　　要証明印・郵送
提出時期：返還免除要件を満たしたとき

第十四号様式（第八条）

修学資金返還免除申請書

○○○○年○○月○○日

千葉県知事　○○○○様

借受人氏名　　千葉　一郎

（借受人の相続人氏名　　）

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を免除されるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="3">修学資金の種類</td><td colspan="2">(1) 長期支援コース修学資金
2　ふるさと医師支援コース修学資金
3　産婦人科コース修学資金</td></tr>
<tr><td colspan="3">貸付けを受けた期間</td><td colspan="2">平成２１年４月から平成２７年３月まで</td></tr>
<tr><td colspan="3">貸付総額</td><td colspan="2">１４，４００，０００円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">免除申請の内容</td><td colspan="2">免除申請額</td><td colspan="2">１４，４００，０００円</td></tr>
<tr><td colspan="2">免除申請理由</td><td colspan="2">返還免除期間に相当する期間、県内において臨床研修を受け、かつ、特定病院等において医師の業務に従事したため</td></tr>
<tr><td rowspan="4">直近の業務従事等の状況</td><td rowspan="2">診療科</td><td colspan="2" rowspan="2">内科</td><td>業務従事等期間</td></tr>
<tr><td>令和５年４月１日から令和６年３月３１日まで</td></tr>
<tr><td>１月を超える期間医師の業務に従事しなかった期間</td><td>有 (無)</td><td>年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　月　日
病院（診療所）所在地
病院（診療所）名
病院（診療所）長氏名　　印</td></tr>
</table>

注　千葉県医師修学資金貸付条例第８条第１項第３号及び第３項の規定に該当する場合には、これらの規定に該当することを証する書類を添付すること。

直近の勤務先で証明を受けること。