

様式第 1 号(規則第 5 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付申請書

職 氏 名 様

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金の貸付けを受けたいので、連帯保証人及び保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

大 学 名	
学 部 ・ 学 科 ・ 課 程 名	
卒 業 高 校 名 及 び 卒 業 年 次	年 月 卒
貸 付 希 望 期 間	年 月 分 から 年 月 分 まで
当該奨学金以外に貸付けを受けている奨学金名	

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人 住 所

氏 名



本人との関係

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり債務を保証します。

保 証 人 住 所

氏 名



本人との関係

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

誓約書

職 氏 名 様

奨学生として決定された上は、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則を堅く守り、学業に励むとともに、卒業後は鳥取県の地域医療に貢献することを誓います。

年 月 日

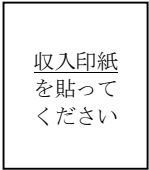
住 所

氏 名

印

生年月日 年 月 日生

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。



鳥取県地域医療強化医師確保奨学金借用証書

職 氏 名 様

借用金額

金 円也

私は、奨学生として上記の額の奨学金の貸付けを受けました。
ついては、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則の規定に従い、滞りなく返還します。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

私は、 が奨学生として奨学金の貸付けを受けましたので、上記の奨学金返還債務を、
奨学生と連帯して負担します。

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

私は、上記の奨学生及び連帯保証人が奨学金返還債務の履行を怠ったときは、当該債務を履行します。

保 証 人 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 4 号（第 10 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金返還免除申請書

職 氏 名 様

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金の返還に係る債務の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

保 証 人 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

決 定 番 号	第 号
借 受 期 間	年 月から 年 月まで
借 受 総 額	円
返還免除希望額	円
理 由	貸付金の返還に係る債務の免除に関する条例の地域医療強化医師確保奨学金の項の免除の条件の欄第 号に該当するため。

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 5 号(第 11 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金返還猶予申請書

職 氏 名 様

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金の返還に係る債務の履行の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

保 証 人 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

決 定 番 号	第 号
借 受 額	円
希望の返還猶予期間	年 月から 年 月まで
理 由	

注 鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 11 条第 1 項第 2 号に該当して申請書を提出する場
合においては、「希望の返還猶予期間」欄には、妊娠又は出産により猶予を希望するときから 3 歳に達
しない子を養育するまでの間の通算した期間を記入できること。

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第6号（第13条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生氏名（住所）変更届

職 氏 名 様

氏名（住所）を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 決定番号 第 号

郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

新	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	
旧	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 7 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生休学届

職 氏 名 様

大学を休学しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
学 年	第 学年
休 学 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
理 由	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 8 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金停学（除籍）届

職 氏 名 様

大学を停学（除籍）となりましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
学 年	第 学年
停学又は除籍の区分	除籍（除籍年月日： 年 月 日）
（いずれかに○を付け、必要事項を記入してください。）	停学（ 年 月 日から 年 月 日まで）
理 由	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第9号（第13条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生復学届

職 氏 名 様

大学に復学しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
学 年	第 学年
復 学 年 月 日	年 月 日
休 学 開 始 日	年 月 日

添付書類 大学の長が発行する復学証明書

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 10 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生退学（転学部、転学科）届

職 氏 名 様

大学を退学（転学部、転学科）しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
退学（転学部、転学科） 時の学年	第 学年
退学（転学部、転学科） 年月日	年 月 日

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 11 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生卒業届

職 氏 名 様

大学を卒業しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
卒 業 年 月 日	年 月 日

添付書類 大学の長が発行する卒業証明書の写し又は卒業証書の写し

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 12 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生免許取得届

職 氏 名 様

医師の免許を取得しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号		第 号
免 許	登 録 年 月 日	年 月 日
	登 録 番 号	

添付書類 医師の免許証の写し又は医師の免許登録済証明書の写し

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 13 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生臨床研修開始届

職 氏 名 様

臨床研修を開始しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

決 定 番 号	第 号
開 始 年 月 日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研 修 施 設 名 鳥取大学医学部附属病院

研修施設代表者氏名

㊞

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 14 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生臨床研修修了届

職 氏 名 様

臨床研修を修了しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

決 定 番 号	第 号
修 了 年 月 日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研 修 施 設 名 鳥取大学医学部附属病院

研修施設代表者氏名

㊞

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 15 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生専門研修開始（変更等）届

職 氏 名 様

専門研修について、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号	
申 請 区 分	☐ 専門研修の開始 ☐ プログラムの変更 ☐ 研修施設の変更	
開 始（変更）年月日	年 月 日	
プ ロ グ ラ ム 名		
研 修 施 設	名 称	
	所在地	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研修プログラム基幹施設名 鳥取大学医学部附属病院

研修プログラム責任者氏名

印

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 16 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生専門研修修了届

職 氏 名 様

専門研修を修了しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

㊤

電話番号

決 定 番 号		第 号		
プ ロ グ ラ ム 名				
修 了 年 月 日		年 月 日		
研 修 施 設	名 称	所 在 地	期 間	
			始期：	年 月 日
			終期：	年 月 日
			始期：	年 月 日
			終期：	年 月 日
			始期：	年 月 日
			終期：	年 月 日
			始期：	年 月 日
			終期：	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研修プログラム基幹施設名 鳥取大学医学部附属病院

研修プログラム責任者氏名

㊤

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 17 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生特定業務就業届

職 氏 名 様

特定業務に就業（就学）しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

決 定 番 号		第 号
免 許	登 録 年 月 日	年 月 日
	登 録 番 号	
就 業（就学）年 月 日		年 月 日
就 業（就学） 機 関 等	名 称	
	所在地	

上記のとおり就業していることを証明します。

年 月 日

就業（就学）機関等の名称

代表者



備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 18 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生特定業務退職届

職 氏 名 様

特定業務を退職（退学）しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号		第 号
退 職（退学）年月日		年 月 日
就 業（就学）年月日		年 月 日 ～ 年 月 日
就 業（就学） し て い た 機 関 等	名 称	
	所在地	

上記のとおり勤務していたことを証明します。

年 月 日

就業（就学）していた機関等の名称

代表者

印

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 19 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生病院等就業届

鳥取県知事 様

医師として就業しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

電話番号

決 定 番 号		第 号
免 許	登 録 年 月 日	年 月 日
	登 録 番 号	
就 業 年 月 日		年 月 日
勤務している 病 院 等	名 称	
	所在地	

上記のとおり就業していることを証明します。

年 月 日

勤務している病院等の名称

代表者

印

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 20 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生病院等退職届

鳥取県知事 様

勤務していた病院等を退職しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号		第 号
退 職 年 月 日		年 月 日
就 業 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日
勤務していた 病院等	名 称	
	所在地	

上記のとおり勤務していたことを証明します。

年 月 日

勤務していた病院等の名称

代表者



備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 21 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生業務廃止届

職 氏 名 様

医師としての業務を廃止しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号		第 号
業 務 を 廃 止 し た 日		年 月 日
業務廃止前に 就業（就学） し て い た 機 関 等	名 称	
	所在地	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 22 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生連帯保証人（保証人）氏名（住所）変更届

職 氏 名 様

連帯保証人（保証人）が氏名（住所）を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 決定番号 第 号

郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

新	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	
旧	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 23 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生養育状況等変更届

年 月 日

職 氏 名 様

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

奨学金の返還猶予に係る子の養育状況等について変更が生じたので、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

決 定 番 号	第 号
届 出 の 事 由 が 発生した年月日	年 月 日
変 更 事 項	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 24 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生育児休業届

年 月 日

職 氏 名 様

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

育児休業を取得したので、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

決 定 番 号	第 号
育 児 休 業 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
就 業（就 学） し て い る 機 関 等 の 名 称	

上記のとおり証明します。

年 月 日

就業（就学）している機関等の名称

代表者 

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 25 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生介護休業届

年 月 日

職 氏 名 様

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

介護休業を取得したので、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

決 定 番 号	第 号
介 護 休 業 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
就 業（就 学） し て い る 機 関 等 の 名 称	

上記のとおり証明します。

年 月 日

就業（就学）している機関等の名称

代表者 ㊟

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 26 号(第 13 条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生死亡届

職 氏 名 様

奨学生が死亡しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

氏 名	
決 定 番 号	第 号
勤務していた 病院等の名称	
死 亡 年 月 日	年 月 日

添付書類 奨学生の死亡を証する書類

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第 27 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生連帯保証人（保証人）変更届

職 氏 名 様

連帯保証人（保証人）を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 決定番号 第 号

郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

旧連帯保証人 （旧保証人）	住 所	
	氏 名	
新連帯保証人 （新保証人）	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
新連帯保証人（新保証人） と本人との続柄		
変 更 年 月 日		年 月 日

奨学金の返還に係る債務を奨学生と連帯して負担します。

連帯保証人 氏 名



上記の本人及び連帯保証人が奨学金返還債務の履行を怠ったときは、当該債務を履行します。

保 証 人 氏 名



備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。