

# 千葉県医師修学資金貸付の手引き 様式・規程編

## 1 特によく使う様式の記載例

該当事例	必要な書類		頁数
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, 4
変更時	氏名（住所）変更届		5
	連帯保証人変更届	連帯保証人の変更の例	6
		参考：誓約書	7
		連帯保証人の住所変更時の例	8
貸付期間 満了時	修学資金借用証書		9
	修学資金返還猶予申請書	臨床研修に入る場合の例	10
		留年など、貸付期間満了時に在学中の場合の例	11
臨床研修の 開始時と修了時	臨床研修開始等届	開始の例	12
		修了の例	13
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		14
病院勤務中	医師業務従事期間証明書	常勤の例	15
		地域B群における常勤（専攻医）の例	16
		非常勤の例	17
		当直の例	18
		不定期勤務の例	19
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		20
猶予加算を 受けたとき	修学資金返還猶予申請書	出産、育児等の休業の例	21
		育児・介護で短時間勤務するときの例	22
		専門医を取得するために申請する例	23
免除要件を 満たしたとき	修学資金返還免除申請書		24

## 2 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域枠入学の方は、入試の出願時に提出</li> <li>・ 一般枠及びふるさと枠の方は、申込時に提出</li> </ul>	不可
毎年度3月	キャリア形成プラン	<p>修学資金貸付制度利用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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 『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</li> <li>・ 『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</li> </ul>	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	<u>届出様式はないが、必ず連絡すること</u>	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 <u>連帯保証人の印鑑証明書</u> の提出が必要	不可
連帯保証人の住所や氏名を変更したとき	連帯保証人変更届	添付書類は不要だが、必ず提出すること（押印はなくても可）	可

千葉県医師修学資金貸付の手引き 様式・規程編

(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	<u>届出様式はないが、必ず連絡</u> 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・停学した日が属する月の翌月から修学資金の振込を中断	不可
復学 (停学期間が満了) したとき	大学復学（停学期間満了）届	復学した日が属する月の翌月から振込を再開	不可
退学するとき	大学退学届、 修学資金貸付辞退届	届出の際に、返還の見込みについて県が確認する 【ふるさとコース以外の方】 必ず大学の担当部署に相談してから、県に連絡すること	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)	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 【ふるさとコース以外の方】 必ず大学の担当部署に相談してから、県に連絡すること	可 ※修学資金返還猶予申請書は不可

(3) 医師免許取得後、返還免除を受けるまで共通の手続き

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、 <u>加算の必要がない（4年を超える見込みがない等）と申請者が判断する場合は、提出不要</u>	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、中断した時	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	不可
修了又は再開した時	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

- 提出方法：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

令和〇年4月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

借受人氏名 千葉 一郎

次のとおり 令和〇年4月1日現在の状況を報告します。

1 現住所

住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
-----	--

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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地
名 称	〇〇大学医学部医学科
業務の内容等	3年生

<在学中の場合の例>  
4月1日の学年を記載  
※ もし、留年した場合は（留年）と追記

3 連帯保証人

氏 名	千葉 次郎
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
氏 名	千葉 三郎
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

連帯保証人の自筆である  
必要はない

連帯保証人又は連帯保証人の住所  
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**

○提出方法：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】**

・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/iryuu/ishi/ishikaku>

・「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

・更新したセルを黄色にしてください。

【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 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）	貸付決定年度 出身区分 ※H29のみ	R1	大学	〇〇大学	貸与年数 義務年限	6年 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
R5	5	イベント等	ちば地域医療セミナー	令和5年0月0日
R6	6	イベント等	修学資金貸付制度説明会	令和6年0月0日

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
2024/3/15	1	県のキャリアコーディネータに、臨床研修病院及び診療科の選択について相談した。



【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） 記載例**

○提出方法：**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、県又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

**キャリア形成プラン【卒後シート】**

更新日 〇〇〇〇/3/10



1 枚目

・「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.jp）宛てに提出してください。

・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は、年度途中であってもその都度提出してください。

・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診療科別コース等について【URL】 <https://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/ishi/ishikakuho/gakusei/career.html>

・更新したセルを黄色にしてください。

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	メールアドレス		abc.def@chiba.co.jp		
氏名	県庁 花子					長期支援コース（地域枠）	貸付決定年度	H29	大学	〇〇大学	
							貸付決定年度	H29		貸付年数	6年
							出身区分※H29のみ			義務年数	9年

●診療科別コース等

プルダウンから選択 義務年数（プログラム）

キャリア形成プログラム	新プログラム	義務年数	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	千葉県医学部附属病院	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 〇〇 〇〇	コース管理者 連絡先	043-000-0000 xxx@xxx.jp		

●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：千葉県消化器内科医局  
責任者（職/氏名）：教授 〇〇 〇〇  
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

○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：千葉県医学部附属病院  
基本領域：内科  
プログラム責任者：〇〇 〇〇  
責任者連絡先：（電話）043-000-000 （メール）xxx@xxx.jp

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。

○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、コース管理者、コース管理者連絡先を選択した診療科別コースを確認のうえ、記入してください。

○希望のコースがない方→コース選択「コース外」

キャリア形成支援機関等（太枠内）は「-」を記載してください。  
県のキャリアコーディネータと相談して義務年限中の勤務プランを作成しますので、県までご相談ください。



●特記事項（任意記入）

将来的に大学院進学を検討している。育兒中。

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			各病院群の義務履行年数					合計 上限13年	猶予加算	
								中断届	猶予 申請書	従事期間 証明書	臨床研修	A群	B群	県内病院	算定外 上限4年			
1年目	〇〇〇〇	〇〇病院	臨床研修				初期臨床研修の基幹施設	—		開始	1.0					1.0		
2年目	〇〇〇〇	〇〇病院	臨床研修				【 〇〇病院 】	—		修了	1.0					1.0		
3年目	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	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	〇〇〇〇	千葉県立佐原病院	診療									1.0						
10年目	〇〇〇〇	地域B群	診療											1.0				
備考		地域B群—区分③及び④ ※B群のうち①自治体病院②地域医療支援病院以外(手引き等参照) →日本専門医機構の認定する専門医、同機構が承認するサブスペシャルティ学会専門医、 従来の学会認定の専門医の取得を目的とする勤務に限る ※「医師業務従事期間証明書」に専攻医等としての勤務である旨の記載が必要です						合計				2.0	2.0	2.0	3.0	0.5	9.5	0.5

・診療科別コース管理者と相談の上、勤務実績と今後の予定を記入してください。

・今後の予定は毎年度見直しが可能です。作成（更新）時点の案で差し支えありません。

・「勤務（予定）先」の欄には原則として個別の医療機関名を記載してください。

※〇〇〇〇年度は可能な限り詳細な予定を記入してください。

※〇〇〇〇年度以降の将来的な勤務先については、複数の医療機関名を記載しても差し支えありません（医療機関群の記載でも可）。

・記載していただいた勤務実績、勤務予定を確認し、県で義務履行年数等を記入します。

・義務履行の進捗状況、猶予の使用状況等が確認できます。

・義務履行年数の算定は、県のWEBページに掲載している「キャリア形成プログラムにおける非常勤勤務等の常勤換算方法について」により行います。

換算方法→ 

氏名（住所）変更届 記載例

○提出方法：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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
氏 名	千葉 花子

2 旧事項

住 所	〒△△△-△△△△ 千葉県△△町△△丁目△△番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
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 令和〇年〇月〇日

連帯保証人変更届「連帯保証人を変更する場合」 記載例

- 提出方法：**要押印・郵送**
- 提出時期：変更の都度
- 添付書類：**変更後の連帯保証人の印鑑証明書**

第四号様式（第四条第二項）

連 帯 保 証 人 変 更 届

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

借受人氏名 千葉 一郎 印

新連帯保証人氏名 千葉 次郎 印

次のとおり連帯保証人を変更するので届け出ます。

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。

- 1 新連帯保証人 住所 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏名 千葉 次郎  
職業 医師  
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生（〇〇歳）  
本人との関係 叔父  
電話番号 〇〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇
- 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、連帯保証人同士が別居していること。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。

**参考様式「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 ④

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 ④

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 ④

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つては、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」 記載例

○提出方法：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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

連帯保証人の印鑑は不要

借受人氏名 千葉 一郎 印

新連帯保証人氏名 〇〇 〇〇

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。

1 新連帯保証人 変更後の住所 千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 千葉 次郎

職 業

生年月日

本人との関係

電話番号

} 記載省略

〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

2 旧連帯保証人 氏 名

} 記載省略

3 変更の理由 転居のため

取り消し線で削除し、  
付記してください。  
専用様式は県ホーム  
ページからダウンロード  
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。

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、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**

- 提出方法：**要押印・郵送**
- 提出時期：貸付期間が満了したとき

借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

第十七号様式（第十二条）

修学資金借用証書

印紙  
貼付

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

連帯保証人の押印が必要です。  
なお、連帯保証人の押印は、必ずしも実印である必要はありません。

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

次のとおり修学資金を借用いたしました。

- 1 借金額 金 14,400,000 円
- 2 修学資金の種類（該当するものを○で囲んでください。）
  - 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つては、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**

- 提出方法：**要証明印・郵送**
- 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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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30年4月から令和6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、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
	令和6年4月から令和8年3月まで	臨床研修
	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	

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**

- 提出方法：**要証明印・郵送**
- 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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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30年4月から令和6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30年4月から令和7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 <del>大学病院（診療所）所在地</del> <del>大学病院（診療所）名</del> <del>大学病院（診療所）長氏名</del>	

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。（「病院（診療所）は見え消し」）

臨床研修開始等届「研修を開始するとき」 記載例

- 提出方法：**要証明印・郵送**
- 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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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6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	

基幹型臨床研修病院の名称：〇〇病院

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**

○提出方法：**要証明印・郵送**

○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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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 <b>臨床研修の修了</b> 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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     病院（診療所）所在地                      病院（診療所）名                      病院（診療所）長氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span> </div>	

**基幹型臨床研修病院の名称：〇〇病院**

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

医師業務従事開始届 記載例

- 提出方法：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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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6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	〇〇病院
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（常勤） 記載例**

- 提出方法：**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

“現在”や“未定”ではなく、**必ず具体的な日付を記載**してください。

借受人氏名 **千葉 一郎**

医師の業務に従事した期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで		
勤務先医療機関	〇〇病院		
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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	期間	令和5年7月1日から 令和5年6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。

**【医療機関の方へ】**

証明日は、必ず「医師の業務に従事した期間」の最終日以降としてください。

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長氏名

印

**医師業務従事期間証明書（常勤（地域B群）・専攻医の勤務） 記載例**

○提出方法：**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

“現在”や“未定”ではなく、**必ず具体的な日付を記載**してください。 借受人氏名 **千葉 一郎**

医師の業務に従事した期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで		
勤務先医療機関	〇〇病院		
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（専攻医等として勤務）		
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 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	期 間 理 由	地域B群の③又は④の医療機関で勤務しており、且つ専攻医としての勤務である場合は、それがわかるように記載してください。（手引き本文：P19参照）

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

**【医療機関の方へ】**  
証明日は、必ず「医師の業務に従事した期間」の最終日以降としてください。

病院（診療所）所在地  
病院（診療所）名  
病院（診療所）長氏名

印

医師業務従事期間証明書（非常勤） 記載例

- 提出方法：**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

“現在”や“未定”ではなく、**必ず具体的な日付を記載**してください。

借受人氏名 千葉 一郎

医師の業務に従事した期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで		
勤務先医療機関	〇〇病院		
雇用形態	非常勤		
勤務時間 (1週間当たり)	4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つた 期間の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	期	
		間	
		理	
		由	

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

【医療機関の方へ】

証明日は、必ず「医師の業務に従事した期間」の最終日以降としてください。

病院（診療所）所在地  
病院（診療所）名  
病院（診療所）長氏名

印

**医師業務従事期間証明書（当直勤務） 記載例**

- 提出方法：**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

“現在”や“未定”ではなく、**必ず具体的な日付を記載**してください。

借受人氏名 千葉 一郎

医師の業務に従事した期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで		
勤務先医療機関	〇〇病院		
雇用形態	非常勤（当直）		
勤務時間 （1週間当たり）	当直勤務 15回/年		
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 <input checked="" type="radio"/> 無	期	
		間	
		理	
		由	

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

**【医療機関の方へ】**

証明日は、必ず「医師の業務に従事した期間」の最終日以降としてください。

病院（診療所）所在地  
病院（診療所）名  
病院（診療所）長氏名

印

**医師業務従事期間証明書（不定期勤務） 記載例**

- 提出方法：**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

“現在”や“未定”ではなく、**必ず具体的な日付を記載**してください。

借受人氏名 千葉 一郎

医師の業務に従事した期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで		
勤務先医療機関	〇〇病院		
雇用形態	非常勤（不定期勤務）		
勤務時間 （1週間当たり）	1日あたりの勤務時間：4時間 年間の勤務回数：26回		
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つた 期間の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	期	
		理	
		由	

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

**【医療機関の方へ】**

証明日は、必ず「医師の業務に従事した期間」の最終日以降としてください。

病院（診療所）所在地  
病院（診療所）名  
病院（診療所）長氏名

印

注 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。

**臨床研修中断等届 記載例**

○提出方法：**証明印が必要な場合はメール提出可**

○提出時期：**(要証明印)**

**臨床研修を休止**

**出産・育児・介護・疾病等で1月を超えて休業するとき**

**(証明印不要)**

医師免許取得後すぐに臨床研修を開始しない時又は退職した時

※ 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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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
<del>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る)年月日</del>	令和6年4月 1日から 令和7年9月30日まで
<del>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</del>	中断の予定期間を記入してください 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

勤務先等の証明を受けること。  
※退職事由の際は不要

印

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。

**修学資金返還猶予申請書「猶予加算（出産・育児）の場合」 記載例**

○提出方法：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**  
**ただし、理由を証する公的書類が必要**

○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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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	出産・育児により休業するため
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
	令和6年4月から令和7年9月まで	産前産後及び育児休業取得見込み
	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

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（育児による非常勤）の場合」 記載例**

- 提出方法：押印不要・メール提出可。ただし、理由を証する公的書類が必要
- 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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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	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
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
	令和6年4月から令和7年9月まで	育児のため〇〇病院で週4時間勤務
	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	

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（専門医取得）の場合」 記載例**

- 提出方法：**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

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 整形外科の専門研修プログラム（基幹施設：〇〇病院、千葉県〇〇市所在）を令和3年度より専攻。</li> <li>・ 基本領域専門医取得までの必要最低限の期間は4年間。</li> <li>・ 下記のとおり、特定病院に該当しない〇〇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。</li> </ul>
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
	令和6年4月から令和7年3月まで	整形外科専門研修プログラム
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		当該病院又はプログラムの基幹施設で証明してもらってください。  病院（診療所）所在地 病院（診療所）名 病院（診療所）長氏名

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、勤務先又はプログラム基幹施設で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**

- 提出方法：**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

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

借受人氏名 千葉 一郎

(借受人の相続人氏名 〇〇 〇〇 )

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。

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22年4月から平成28年3月まで		
貸付総額	14,400,000 円		
免除申請の内容	免除申請額	14,400,000 円	
	免除申請理由	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	
直近の業務従事等の状況	診療科	内科	業務従事等期間 令和6年4月1日から令和7年3月31日まで
	1月を超える期間医師の業務に従事しなかった期間	有 (無)	年 月 日から 年 月 日まで
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		直近の勤務先で証明を受けること。
		病院（診療所）所在地	
		病院（診療所）名	
		病院（診療所）長氏名	印

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。