

(申請理由等)

奨学金等の貸与を申請する理由
(貸与を希望する年数) ※例：大学在学中の6年間、専門研修期間6年間等年数を記載のこと
令和 年 月分から 令和 年 月分まで
将来の目標・スケジュール等
(目標等) ※今後10年位の目標を記載のこと
(予定スケジュール) ※年次スケジュールを簡潔に記載のこと (研修等希望する医療機関、施設名等)
(その他特記事項)

※ 申請書に添付すること

令和 7 年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住所
 氏名

法定代理人 住所
 氏名

誓 約 書

京丹後市医療確保奨学金等の貸与に関する条例に基づき奨学金等の貸与を受けることとなったときは、同条例及び京丹後市医療確保奨学金等の貸与に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例及び同条例施行規則に規定する必要勤務期間地域医療機関における医師の業務に従事することを誓約します。

（注） 申請者が未成年者の場合は、法定代理人も署名すること。

様式第 3 号（第 5 条関係）

医療確保奨学金等貸与者推薦書

貸与希望者	ふりがな 氏 名			生年月日	S・H 年 月 日生(満 歳)
	所属医療機関等 大学院 大学	名 称			
		所在地			
	雇用形態(研修医の場合)		☐ 常勤雇用(正職員) ☐ その他 ()		
推薦内容	修学又は研修に関する状況				
	今後の育成の計画・スケジュール				
	推薦理由・その他特記事項（申請者の人物評価等その他推薦事項）				
上記の者は、京丹後市医療確保奨学金等の貸与者として、適当と認められますので推薦します。					
令和 7 年 月 日					
京丹後市長 様					
推薦者 所属					
氏名					
印					

(注) 推薦書は、所属する機関の代表者等によること。