手書き専用様式集

特によく使用する様式を、手書き用に使いやすいように加工した様式です。
証明印が不要な届出等は、「写真を撮ってメールで提出」することができます。

提出時期	様式名等
毎年度	現況報告書（医学部生用）
	現況報告書（医師用）
変更時	氏名（住所）変更届
	連帯保証人変更届
	連帯保証人変更届　（住所変更時の例）
貸付期間満了時	修学資金借用証書
	修学資金返還猶予申請書
臨床研修の開始時と修了時	臨床研修開始等届
病院勤務中	医師業務従事期間証明書

※　その他の各様式のデータは千葉県ホームページからダウンロードしてください。
「貸付決定後の各種届出等」
https://www.pref.chiba.lg.jp/iryou/ishi/ishikakuho/gakusei/kashitsuke/todokede.html
＜ＱＲコード＞

※　掲載していない手書き用の様式が必要な場合は、県にお問い合わせいただければ郵送します。

（お問い合わせ先）
千葉県健康福祉部医療整備課　医師確保・地域医療推進室　電話：０４３－２２３－３８８３

E-mail：chibaishi@mz.pref.chiba.lg.jp

医学部生向け・手書き提出用専用様式・写真撮影してQRコードでメール送信

※この様式は手書き提出を希望する方向けに規定様式を加工したものです。
手書き・ワードのどちらでも構いませんので、必ず毎年度、提出してください。
ワードの場合は卒前支援プロジェクトの報告は、キャリア形成プラン卒前シートに記載してください。

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

次のとおり令和　　年４月１日現在の状況を報告します。

※昨年度からの変更　（□住所変更あり　・　□連帯保証人住所変更あり　・　□その他変更あり　）

1　現住所

住　　所	〒 電話

2　大学、研修病院、勤務先等

所　在　地	〒
名　　称	
業務の内容等	在学中（　　年次）

3　連帯保証人

氏　　名	
住　　所	〒 電話
氏　　名	
住　　所	〒 電話

●昨年度に参加した卒前支援プロジェクトの報告

プロジェクトの名称	参加年月日

※　R5以降の受給者は在学中に何らかのプロジェクトに3回以上、参加するよう努めてください。
最新のプロジェクト一覧はホームページを参照してください

↑

医師向け・手書き提出用専用様式・写真撮影してQRコードでメール送信

※この様式は手書き提出を希望する方向けに規定様式を加工したものです。
手書き・ワードのどちらでも構いませんので、必ず毎年度、提出してください。

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

次のとおり令和　　年４月１日現在の状況を報告します。

※昨年度からの変更　（□住所変更あり　・　□連帯保証人住所変更あり　・　□その他変更あり　）

1　現住所

住　　所	〒 電話

2　大学、研修病院、勤務先等

所　在　地	〒 電話
名　　称	
業務の内容等	

3　連帯保証人

氏　　名	
住　　所	〒 電話
氏　　名	
住　　所	〒 電話

「氏名（住所）変更届」　　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

次のとおり氏名（住所）を変更したので届け出ます。

※メールアドレスの変更　（□なし･□あり　新アドレス　　※メール提出の場合は記載不要）

1　新事項

住　　所	〒 電話
氏　　名	

2　旧事項

住　　所	〒 電話
氏　　名	

3　変更の理由

4　変更年月日　　年　　月　　日

「連帯保証人変更届　連帯保証人を変更する場合」　要押印・郵送で提出
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

年　　月　　日

千葉県知事　　様

借 受 人 氏 名　　㊞
新連帯保証人氏名　　㊞

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
　　氏　名
　　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　　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。

「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　　㊞
~~新~~連帯保証人氏名　　㊞

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

氏　名　（記載省略）
職　業　（記載省略）
生年月日　（記載省略）
本人との関係　（記載省略）
電話番号

2　旧連帯保証人　氏　名　（該当なし）

3　変更の理由

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。

提出時期：貸付期間が満了したとき
要押印・郵送で提出

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

印紙

第十七号様式（第十二条）

修　学　資　金　借　用　証　書

年　　月　　日

千葉県知事　　様

借 受 人 氏 名　　㊞
連帯保証人氏名　　㊞
連帯保証人氏名　　㊞

次のとおり修学資金を借用いたしました。

1　借用金額　　金　　円

2　修学資金の種類（該当するものを〇で囲んでください。）

（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」　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

年　　月　　日

千葉県知事　　様

借受人氏名

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　　年　　月から令和　　年　　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">円</td></tr>
<tr><td>猶 予 申 請 理 由</td><td colspan="2"></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　年　月から令和　年　月まで</td><td></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。

「臨床研修開始等届　研修を開始するとき」記載例　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

年　　月　　日

千葉県知事　　様

借受人氏名

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 （該当するものを〇で囲んでください。）
開始（修了・再開） 年　　月　　日	令和　　年　　月　　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

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　　要証明印・郵送
※　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

医師の業務に従事した期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで		
勤務先医療機関			
雇用形態			
勤務時間（1週間当たり）			
勤務した診療科			
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	年　　月　　日から 年　　月　　日まで
		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

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長氏名　　㊞

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。