

令和2年度茨城県医師修学資金貸与制度における新規貸与者追加募集要項

1 修学資金制度について

県内の医師が不足する地域として知事が定める地域（以下、特定地域といいます）内の、知事が医師の育成及び確保の状況等に応じ修学生ごとに指定する医療機関等（以下、指定従事医療機関等といいます）で、将来医師の業務に従事しようとする方に対して修学資金を貸与するものです。

大学卒業後、指定従事医療機関等において、貸与を受けた期間と同じ期間（貸与期間が3年未満の場合は3年間）、医師として勤務した場合は返還を免除します。

2 応募資格

次の(1)又は(2)のいずれかに該当する者

(1) 茨城県外の大学（大学院を除く）の医学部に在籍する者で、次のいずれかに該当する者

- ① 茨城県内の高等学校等を卒業した者
- ② 茨城県内に居住する者の子

(2) 筑波大学医学群医学類に在学する者（県内出身・県外出身は問わない）

※地域医療支援センターホームページ内の「茨城県医師修学資金貸与制度ガイドブック」又は「茨城県医師修学資金貸与制度ガイドブック<<令和2年以降入学者向け>>」を必ず熟読のうえ、応募してください。

URL : <https://ibaraki-dl.jp/shuugakukin-kennai/>

3 貸与金額 月額150,000円（平成28年度以前入学者は、100,000円となります。）

4 選考方法 書類審査及び面接

【面接日】令和2年5月16日（土）

【面接場所】茨城県庁会議室

5 貸与人数等 【人数】若干名（予定）

【学年】1年生～6年生（令和2年4月1日現在）

6 応募期間 令和2年4月20日（月）～5月8日（金）

7 提出書類

	医学部在学学生
1 修学資金貸与制度応募書兼面接申込書	○(在学生用)
2 応募理由書	○
3 誓約書	○
4 修学資金貸与制度面接票	○(在学生用)
5 高等学校等の卒業証明書	○(卒業証明書)
6 所属する大学の在学証明書	○
7 保護者の申請前年の所得証明書	○
8 返信用封筒(封筒は原則、定型長形3号とし、応募者の住所・氏名・郵便番号を記載し84円切手を貼付する)	○

8 面接後の手続

提出書類及び面接結果をもとに審査し、貸与者を決定いたします。貸与決定後、修学資金貸与のための契約を締結いたします。その際、連帯保証人（独立の生計を営む人2名）を決めていただきます。ご家族と事前によく相談してください。

9 返還の免除等

○全額免除

大学卒業後、1年6ヶ月以内に医師免許を取得し、特定地域内の指定従事医療機関等において、貸与を受けた期間と同じ期間（貸与期間が3年未満の場合は3年間）、医師として勤務した場合は返還を免除します。

特定地域について

令和2年度入学者に適用される特定地域は、入学時点での特定地域ではなく、臨床研修開始時点での特定地域となります。

卒業後に従事する医療機関等について

医師免許取得後に、茨城県地域医療支援センターが作成したキャリア形成プログラム（従事期間中の医療機関の派遣計画）の中からコースを選択することになります。実際に派遣される医療機関は、各プログラム責任者と相談のうえ、本人の希望を尊重しつつ決定します。

従事期間について

従事期間は、貸与期間と同じ期間となります。ただし、貸与期間が3年未満の場合は、従事期間は3年となります。

その他

- 大学院の医学を履修する課程に在学している期間や、育児休業等やむを得ない事由により医師業務の従事等ができない期間は、従事期間に含まれません。
- 特定地域内では受けることが困難な専門研修を、1年を限度として、県内の特定地域外で行うことを可能とします。また、県内では研修ができない特殊な技能習得等に限り、県外での研修を認めます。この場合に、県内での研修は従事期間に算入し、県外での研修は従事期間に算入しない（猶予扱い）こととします。

○裁量免除

災害、死亡、疾病その他やむを得ない事由により医師業務の従事等ができなくなったとき、その他特に必要と認めるときは、修学資金の返還の債務の全部又は一部を免除します。

※ 初期臨床研修を特定地域外の県内の医療機関及び県外の医科大学の附属病院で行った場合は、その期間、返還は猶予されます。

10 修学資金の返還

返還の免除事由（9 返還の免除等）に該当しなかったときは、貸与を受けた修学資金に、利息※を付した金額を、返還義務が生じた日から1月以内に、全額一括返還していただきます。

※「利息」とは・・・修学資金の貸与を受けた日の翌日から卒業の日までの日数に応じ、年10%の割合で計算した額

11 その他の注意事項

- (1) 本修学資金の貸与を受ける修学生として、地域医療支援センターが主催する各種セミナーや個別面談などに必ず参加することとなっています。
- (2) 就労義務を伴う他の奨学金との併用は認められません。

12 関係書類提出先および問い合わせ先

茨城県保健福祉部医療局医療人材課医師確保グループ

住所：〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

TEL：029-301-3191 / FAX：029-301-3194 / E-mail：i.doctor@pref.ibaraki.lg.jp

■ 茨城県地域医療支援センターについて

- 茨城県では、医師修学資金や県地域枠の卒業医師をはじめとする若手医師の皆さんが県内の医療機関で勤務しながら自分の希望に応じたキャリアアップが図れるよう、若手医師の皆さんを大きくサポートする「茨城県地域医療支援センター」を平成24年4月に設置しました。
- 地域医療支援センターの特色
 - ◇ 医学生時から県内各医療圏の病院見学や先輩医師からの講話や交流会などの機会をもつことができます。
 - ◇ 専任医師（キャリアコーディネーター）が、面談によりご本人の意向を踏まえて専門医資格取得などのためのキャリアパスを作成します。
 - ◇ 特色の違う病院をローテーションしながら研修ができます。
 - ◇ 多彩な症例が経験でき、技術・臨床能力の向上が図れます。
 - ◇ 医師としての初期段階において身につけておくべき手技習得などを支援します。
 - ◇ 医学生や若手医師同士の交流会などを通じて、生涯に渡る人脈を幅広く築くことができます。

茨城県医師修学資金貸与制度 応募書 兼 面接申込書
(在 学 生 用)

申込年月日	令和 年 月 日		
ふりがな 氏 名	男・女	生 年 月 日	年 月 日生 (令和2年4月1日現在) 満 才
大学名 (学年)	(年)		写真貼付欄
	※ 学年は申込時の学年を記入すること。		
現 住 所	〒		
	電話： ()	携帯： ()	
出 身 学 校	名 称		
	所在地	〒	
	卒業等	年 月 日 卒業	
保護者	住 所	氏 名	続柄
	〒		
電話： ()			
※該当がある場合に記入願います。(高校卒業後の在学歴(予備校含む), 就職歴等)			
卒業後履歴	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		

誓約書

年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 氏名 印

私は、茨城県医師修学資金貸与条例に定める趣旨に従い、茨城県医師修学資金の貸与決定を受けたときは、茨城県医師修学資金貸与条例及び茨城県医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念するとともに、地域医療支援センターが開催するセミナー、研修会、個別面談などの支援事業に参加することを誓います。

また、医師免許取得後は、県内の医師が不足する地域としてあらかじめ知事が定める地域（以下「特定地域」という。）内の医療機関等であって、知事が特定地域内における医師の育成及び確保の状況等に応じ修学生ごとに指定する医療機関等において医師の業務に従事することを誓います。

備考 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。

茨城県医師修学資金貸与制度 面接票

作成年月日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	男 ・ 女
1 趣味・特技	2 好きなスポーツ
3 クラブ・サークル活動	4 クラブ・サークル以外の活動（文化祭実行委員など）
5 社会参加の経験（ボランティア・アルバイト・その他）	
6 好きな言葉	7 高校生時代等に一番印象に残った事
8 茨城県の好きな点	9 自分の性格
10 あなた自身で自分をPRしてください。（あなたが得意なこと、これまでに力を入れてきたことなど、どのようなことでも結構です。）	