

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

(申請者) 住 所
氏 名

令和 2 年度 (2020 年度) 茨城県自治医科大学卒業医師 U ターン等促進奨励金
交付申請書

このことについて、令和 2 年度 (2020 年度) 茨城県自治医科大学卒業医師 U ターン等促進奨励金
交付要項第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 奨励金交付申請額 金 円

2 転入及び勤務に関する事項

(1) 転入に関する事項

氏 名	(歳)
転 入 の 日	
転 入 前 の 住 所	
転 入 後 の 住 所	

(2) 勤務に関する事項

勤務希望医療機関	
診 療 科 名	
勤 務 予 定 期 間	

3 添付書類

- (1) 誓約書 (別紙 1)
- (2) 県外から転入したことを証明する書類
- (3) その他参考となる書類

誓 約 書

私は、茨城県職員として採用されましたからには、県が政策医療を確保するという観点から選定した、特に早急な対応が必要な「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」の医師として、３年以上勤務し、県内の地域医療の充実に貢献することを誓います。

令和 年 月 日

住所

氏名 _____ 印 _____

昭和
平成

年 月 日生

茨城県知事 大井川 和彦 殿

(様式第 2 号)

番 号
令和 年 (年) 月 日

(交付決定者) 殿

茨城県知事 大井川 和彦

令和 2 年度 (2020 年度) 茨城県自治医科大学卒業医師 U ターン等促進奨励金
交付決定通知書

令和 年 (年) 月 日付けで申請のあった令和 2 年度 (2020 年度) 茨城県自治医科大学卒業医師 U ターン等促進奨励金については、茨城県補助金等交付規則第 5 条の規定により、下記のとおり交付することに決定したので、同規則第 7 条の規定により通知します。

記

- 1 奨励金の額 金 円
- 2 交付決定者は、茨城県補助金等交付規則 (昭和 36 年茨城県規則第 67 号)、令和 2 年度 (2020 年度) 茨城県自治医科大学卒業医師 U ターン等促進奨励金交付要項に従わなければならない。
- 3 知事は、交付決定者がこの奨励金に係る規則、要項の規定に反した場合は、奨励金の全部又は一部を返還させることができるものとする。

(様式第3号)

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

(申請者) 住 所
氏 名

令和2年度(2020年度)茨城県自治医科大学卒業医師Uターン等促進奨励金請求書

令和 年 月 日付け第 号で交付決定のあった令和2年度(2020年度)茨城県自治医科大学卒業医師Uターン等促進奨励金について、下記のとおり請求します。

記

1 交付決定額 金 円

2 奨励金の受領方法(いずれかを○で囲むこと)

- (1) 直接払
(2) 隔地払
(3) 口座振替払

振込先	銀行	支店
預金種目・口座番号	1 普通 2 当座 3 その他 () 口座番号	
(フリガナ) 口座名義		