

令和 8 年度（2026 年度）
茨城県医師修学資金貸与制度募集要項
《令和 6 年度以前入学者向け》

茨城県保健医療部医療局医療人材課
令和 7 年（2025 年）12 月

1 修学資金貸与制度について

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」という。）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」等という。）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。

○指定従事医療機関での勤務について

(1) 勤務年数

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。

(2) 特定地域について

特定地域は、入学時点ではなく、臨床研修開始時点のものが適用されます。

○大学在学中のキャリア形成支援について

大学在学中は、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として県が策定する「キャリア形成卒前支援プラン」の適用を受け、セミナーや個別面談などの支援事業に参加していただきます。

○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。

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（見込みを含む）した者
 - ②茨城県内に1年以上居住する者の子
- (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『令和2年度～令和6年度入学者向け』」（下記QRコード参照）を必ず熟読のうえ、応募してください。



← 医師修学資金制度ページ QR コード

3 貸与金額 月額 150,000 円

4 選考方法 書類審査及びWEB面接

【面接日】令和8年3月9日（月）

※WEB面接は、オンライン会議ツール「Cisco Webex Meetings」を使用して行う予定です。
詳細については、対象者へ別途通知します。

5 貸与人数等 【人数】20名程度（令和7年度以降入学者を含む）

【学年】3年生～6年生（令和8年4月1日現在）

6 応募期間 令和8年2月16日（月）～3月2日（月）必着

7 提出書類

医学部在学生	
1 修学資金貸与制度応募書兼面接申込書	<input type="radio"/> (在学生用)
2 応募理由書 ※	<input type="radio"/>
3 誓約書	<input type="radio"/>
4 修学資金貸与制度面接票	<input type="radio"/> (在学生用)
5 高等学校等の卒業証明書	<input type="radio"/>
6 所属する大学の在学証明書	<input type="radio"/>
7 保護者（父母等）の申請前年の所得証明書	<input type="radio"/>
8 住民票の写し（マイナンバーが記載されていないもの・本人と親の関係が分かるもの） ※応募資格(1)②に該当し、県外の高等学校等を卒業した方のみ	<input type="radio"/>

※応募理由書の作成において、文章生成AIの使用を禁止いたします。

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。

※貸与決定者を対象に新規修学生オリエンテーション（Web）を実施する予定ですので、出席してください（出席対象者には後日、個別に通知します。）

9 返還の免除

(1) 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、特定地域医内の指定従事医療機関において、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。

※特定地域は、入学時点ではなく、臨床研修開始時点のものが適用されます。

※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（猶予扱い）。

※特定地域内では受けすることが困難な専門研修（認定専門研修）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。ただし、従事義務履行の最終年に認定専門研修を実施することは認められません。

(2) 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。

※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）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ヶ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する日の属する月の末日までの

日数に応じ、年10%の割合で計算した額をいいます。

11 修学資金の返還猶予

次の場合には、一定の期間返還が猶予されます。

①修学資金の貸与契約が解除された後、引き続き大学の医学を履修する課程に在学しているとき

②県外で認定専門研修を受けている場合

③大学院の医学を履修する課程に在学している場合

④育児休業を取得している場合

⑤介護や海外留学により一時的に医師不足地域を離れざるを得ない場合

⑥災害、疾病その他やむを得ない事由により修学資金を返還することが困難な場合

※詳細は、「茨城県医師修学資金貸与制度ガイドブック《令和6年度以前入学者向け》」をご確認ください。

12 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等との併用は認められません。ただし、茨城県医師教育資金利子補給事業との併用が可能です。



← 茨城県医師教育資金利子補給事業 QR コード

13 関係書類提出先および問い合わせ先

茨城県保健医療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

※応募書類を郵送する際は、封筒の表に「一般修学資金応募」と朱書きしてください。

■ 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の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 者 用)

申込年月日	令和 年 月 日		
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生 (令和8年1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 : ()	
メールアドレス	※WEB面接に使用するメールアドレスを記入してください。		
出 身 学 校	名 称		
	所在地	〒	
	卒業等	年 月 日	
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 ()		

様式第2号(第2条第1号関係)

応募理由書

年 月 日

申請者 氏名

※文章生成AIを使用しての作成を禁止いたします。使用が判明した場合、応募を不受理とさせていただく場合がございます。

誓 約 書

年 月 日

茨城県知事 殿

応募者氏名 : 印

私は、茨城県医師修学資金の貸与決定を受けたときは、下記を遵守することを誓います。

記

- 1 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すること。
- 2 学業に専念するとともに、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として県が策定する「キャリア形成卒前支援プラン」に参加すること。
- 3 医師免許取得後は、医師不足地域（※）における医療機関及び地域において中核的な役割を担う医療機関の中から知事が指定する医療機関において茨城県医師修学資金貸与条例に規定する指定期間、医師として従事し、県が策定する「キャリア形成プログラム」に参加すること。
- 4 本制度から正当な理由なく離脱しないこと。

※医師不足地域は、入学時点ではなく、臨床研修開始時点での医師不足地域を提供します。

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ます。

茨城県医師修学資金貸与制度 面接票
(在 学 者 用)

作成年月日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	
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 茨城県の好きな点	7 高校生時代等に一番印象に残った事
8 自分の性格	
9 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。)	