

旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する申合せの一部を改正する申合せを次のように定める。

(令和6年2月19日学長裁定)

旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する申合せの一部を改正する申合せ

旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する申合せ（平成24年学長裁定）の一部について、下表右欄（「現行」欄）を同表左欄（「改正後」欄）のように改正する。

※下線部分は、改正箇所を示す。

改正後	現行
<p>(略)</p> <p>(申請手続)</p> <p>第2 要項第5第1項の規定により初期臨床研修奨学金の受給を希望する者は、<u>受給を開始しようとする月の前月10日までに</u>、初期臨床研修奨学金申請書（別記様式第1）<u>を</u>、総務課に提出しなければならない。</p> <p><u>(決定通知)</u></p> <p>第3 <u>学長は、要項第6の規定により受給者を決定したときは、初期臨床研修奨学金支給決定通知書（別記様式第2）を申請者に交付するものとする。（新設）</u></p> <p>(連帯保証人)</p> <p>第4 要項に定める申請書等に記載する連帯保証人は、成年者で独立の生計を営むものとする。</p> <p>2 初期臨床研修奨学金の支給を受ける者（以下「受給者」という。）<u>は</u>、連帯保証人を変更し、又は連帯保証人の住所に変更があったときは、速やかに連帯保証人変更届（別記様式第3）を学長に提出しなければならない。</p>	<p>(略)</p> <p>(申請手続)</p> <p>第2 要項第5第1項の規定により初期臨床研修奨学金の受給を希望する者は、初期臨床研修奨学金申請書（別記様式第1）<u>に初期臨床研修奨学金口座振込依頼書（別記様式第2）を添付し、学長が定める期間内に</u>、総務課に提出しなければならない。</p> <p>(連帯保証人)</p> <p>第3 要項に定める申請書等に記載する連帯保証人は、成年者で独立の生計を営むものとする。</p> <p>2 初期臨床研修奨学金の支給を受ける者（以下「受給者」という。）<u>が、初期臨床研修奨学金の返還の債務を負う場合は</u>、連帯保証人を変更し、又は連帯保証人の住所に変更があったときは、速やかに連帯保証人変更届（別記様式第3）を学長に提出しなければならない。</p>

(支給の停止)

第5 受給者は、要項第7第1項に該当する事由が生じたときは、初期臨床研修奨学金支給停止申出書（別記様式第4）を速やかに学長に提出しなければならない。（新設）

2 学長は、前項の規定により奨学金の支給を停止したときは、初期臨床研修奨学金支給停止通知書（別記様式第5）により通知するものとする。（新設）

(支給事由等の消滅等の届出)

第6 受給者は、初期臨床研修奨学金の支給を受けることを辞退するときは、辞退しようとする日の属する月の前月10日までに、初期臨床研修奨学金受給辞退届（別記様式第6）により、その旨を学長に届け出なければならない。

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

2 受給者が死亡したときは、連帯保証人は、受給者死亡届（別記様式第7）を学長に提出しなければならない。

3 学長は、要項第7第2項の規定により支給の決定を取り消すときは、初期臨床研修奨学金決定取消通知書（別記様式第8）により通知するものとする。（新設）

(受給証書の提出)

第7 受給者は、初期臨床研修奨学金の支給期間が満了したとき、又は初期臨床研修奨学金の支給が取り消しになったときは、直ちに

(支給事由等の消滅等の届出)

第4 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、当該各号に定める届出書により、速やかにその旨を学長に届け出なければならない。

(1) 初期臨床研修を中断したとき 臨床研修中断届（別記様式第4）

(2) 初期臨床研修奨学金の支給を受けることを辞退するとき 初期臨床研修奨学金受給辞退届（別記様式第5）

(3) 初期臨床研修を休止したとき 臨床研修休止届（別記様式第6）

(4) 初期臨床研修を再開したとき 臨床研修再開届（別記様式第7）

2 受給者が死亡したときは、連帯保証人は、受給者死亡届（別記様式第8）を学長に提出しなければならない。

(借用証書の提出)

第5 受給者は、初期臨床研修が修了したとき、又は初期臨床研修奨学金の支給が廃止になったときは、直ちに初期臨床研修奨学金受

初期臨床研修奨学金受給証書（別記様式第9）を学長に提出しなければならない。

（返還届の提出）

第8 要項第8の規定により初期臨床研修奨学金の返還を行おうとする者は、初期臨床研修奨学金返還届（別記様式第10）を学長に提出しなければならない。

（返還免除及び猶予の申請）

第9 要項第9第1項第2号又は同第2項の規定により初期臨床研修奨学金の返還の免除又は猶予を受けようとする者は、次の各号に掲げる申請書を学長に提出しなければならない。

(1) 返還の免除を受けようとするとき 初期臨床研修奨学金返還免除申請書（別記様式第11）（新設）

(2) 返還の猶予を受けようとするとき 初期臨床研修奨学金返還猶予申請書（別記様式第12）（新設）

2 学長は、要項第9の規定により返還を免除又は猶予するときは、次の各号に掲げる通知書により通知するものとする。（新設）

(1) 返還を免除するとき 初期臨床研修奨学金返還免除決定通知書（別記様式第13）（新設）

(2) 返還を猶予するとき 初期臨床研修奨学金返還猶予決定通知書（別記様式第14）（新設）

（勤務期間の計算等）

第10 要項第8に規定する勤務した期間の算定は、医療施設等の在籍期間中の月単位の期間を累計した期間とする。ただし、在籍期間に1月未満の期間がある場合にはその期間を合算し、30日をもって1箇月として算定する。

2 受給者が病気等の理由で継続して勤務できない場合は、継続勤務中断理由書（別記様式第15）を学長に提出しなければならない。

3 前項に規定する継続勤務中断理由書が提出された場合は、学長が

給証書（別記様式第9）を学長に提出しなければならない。

（返還届の提出）

第6 要項第8の規定により初期臨床研修奨学金の返還を行おうとする者は、初期臨床研修奨学金返還届（別記様式第10）を学長に提出しなければならない。

（返還免除の申請）

第7 要項第9の規定により初期臨床研修奨学金の返還の免除を受けようとする者は、初期臨床研修奨学金返還免除申請書（別記様式第11）を学長に提出しなければならない。

（勤務期間の計算等）

第8 要項第8に規定する勤務した期間の算定は、医療施設等の在籍期間中の月単位の期間を累計した期間とする。ただし、在籍期間に1月未満の期間がある場合にはその期間を合算し、30日をもって1箇月として算定する。

2 受給者が病気等の理由で継続して勤務できない場合は、継続勤務中断理由書（別記様式第12）を学長に提出しなければならない。

3 前項に規定する勤務継続中断理由書が提出された場合は、学長が

真にやむを得ないと認めた場合には、中断後の勤務を継続したものとみなすことができる。

4 受給者が勤務に復帰する場合は、継続勤務復帰届（別記様式第16）を学長に提出しなければならない。（新設）

（削除）

（削除）

（氏名変更届等の提出）

第11 受給者は、氏名、住所又は勤務先に変更があったときは、直ちに氏名・住所・勤務先変更届（別記様式第17）を学長に提出しなければならない。

（現況報告）

第12 受給者は、返還の債務が終了するまで、毎年4月1日時点での現住所及び勤務病院等の現況について、別に定める方法により学長に報告しなければならない。

（報告）

第13 学長は、初期臨床研修奨学金の支給の目的を達成するため必要があると認めるときは、受給者に対し、初期臨床研修等の経過及び結果その他の必要な事項に関し報告を求めることができる。

附 記

この申合せは、令和6年2月19日から実施し、改正後の旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する申合せは、令和6年4月1日以降に初期臨床研修を開始する者から適用する。

【改正理由】

初期臨床研修奨学金の返還要件の見直しに伴い、所要の改正を行うものである。

真にやむを得ないと認めた場合には、中断後の勤務を継続したものとみなすことができる。

（異動届の提出）

第9 受給者は、勤務先等に変更が生じたときは、直ちに異動届（別記様式第13）を学長に提出しなければならない。

（氏名変更届等の提出）

第10 受給者は、氏名又は住所に変更があったときは、直ちに氏名（住所）変更届（別記様式第14）を学長に提出しなければならない。

（現況報告書の提出）

第11 受給者は、毎年4月1日現在の現況報告書（別記様式第15）を学長に提出しなければならない。

（報告）

第12 学長は、初期臨床研修奨学金の支給の目的を達成するため必要があると認めるときは、受給者に対し、初期臨床研修等の経過及び結果その他の必要な事項に関し報告を求めることができる。

別記様式第1 (第2関係)

別記様式第1(第2関係)

初期臨床研修奨学金申請書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

住所
氏名 印

旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金に関する要項(以下「要項」という。)及び旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金に関する申合せの規定を遵守の上、下記のとおり奨学金を申請いたします。

なお、交付される旭川医科大学初期臨床研修奨学金について、別途申出する給与の振込口座と同じ銀行口座に振込みいただくことに了承します。

記

申請額	月額 10 万円
申請期間	年 月 日～ 年 月 日

上記により支給を受けた初期臨床研修奨学金について、要項第8の規定に該当し、初期臨床研修奨学金の返還義務が生じた場合については、申請者と連帯してその責任を負います。

別記様式第1 (第2関係)

別記様式第1(第2関係)

初期臨床研修奨学金申請書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

住所
氏名 印

旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金に関する要項(以下「要項」という。)の規定を遵守の上、下記のとおり奨学金を申請いたします。

記

申請額	月額 10 万円
申請期間	年 月 日～ 年 月 日

上記により支給を受けた初期臨床研修奨学金について、要項第8の規定に該当し、初期臨床研修奨学金の返還義務が生じた場合については、申請者と連帯してその責任を負います。

年 月 日

連帯保証人 氏名 印
住所
生年月日 年 月 日生 (満 歳)
本人との関係
電話番号

注) 連帯保証人は、成年者で独立の生計を営む者とする。

「旭川初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する要項」抜粋
第8 受給者が次の各号の一に該当する場合は、受給した初期臨床研修奨学金を直ちに一括又は分割で返還しなければならない。
(1) 受給者が初期臨床研修を修了した日(以下「研修修了日」という。)の属する月の翌月から継続(本学大学院在籍期間を除く。)して7年間、本学又は本学の各講座・診療科等が指定する医療施設等で勤務しなかったとき。
(2) 第7第2項(第3号を除く。)の規定により支給の決定が取り消されたとき。
(3) 受給者が自ら返還を申し出たとき。
2 初期臨床研修奨学金を分割で返還する場合には、返還の事由が発生したときから2年以内に、受給者が申し出る分割回数で返還するものとする。

(削除)

(削除)

年 月 日

連帯保証人 住所
氏名 印

注) 連帯保証人につきましては、申請者と別世帯の成人の方をお願いいたします。

別記様式第2 (第2関係)

別記様式第2 (第2関係)

初期臨床研修奨学金口座振込依頼書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

住所
氏名 印

今後交付される、旭川医科大学初期臨床研修奨学金については、下記口座に振込みいただくようお願いいたします。

記

金融機関の 名称	銀行	出張所
	本・支店	
	信用金庫	
預金の種類	普通・当座	
口座番号		
口座名義 (ふりがな)		

別記様式第2（第3関係）（新設）

別記様式第2(第3関係)

初期臨床研修奨学金支給決定通知書

年 月 日

殿

旭川医科大学長 印

下記のとおり旭川医科大学初期臨床研修医に対する奨学金の支給を決定したので、通知します。

記

1 支給額 月額 100,000 円

2 支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

別記様式第3 (第4関係)

別記様式第3 (第4関係)

連帯保証人変更届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () - _____
氏名 _____ 印

新連帯保証人 氏名 _____ 印

次のとおり変更するので届け出いたします。

事由	新	旧
氏名		
住所		
生年月日		
本人との関係		
電話番号		
変更理由		

別記様式第4 (第5関係)

別記様式第3 (第3関係)

別記様式第3 (第3関係)

連帯保証人変更届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () - _____
氏名 _____ 印

新連帯保証人 氏名 _____ 印

次のとおり 連帯保証人 を変更するので届け出いたします。

1 新連帯保証人 住所 _____
氏名 _____
職業 _____
生年月日 _____ 年 月 日生(満 歳)
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

別記様式第4 (第4関係)

別記様式第4(第5関係)

初期臨床研修奨学金支給停止申出書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 氏名 _____ 印

下記のとおり、初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する要項第7第1項の規定に該当するため、初期臨床研修奨学金の支給停止を申し出いたします。

記

1 停止期間 _____ 年 月 ~ _____ 年 月

2 理由 _____

(削除)

別記様式第5(第5関係) (新設)

別記様式第5(第5関係)

初期臨床研修奨学金支給停止通知書

別記様式第4(第4関係)

臨床研修中断届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり臨床研修を中断するので届け出いたします。

1 中断理由

2 中断年月日
_____ 年 月 日

3 支給を受けた期間
_____ 年 月 ~ _____ 年 月(箇月)

年 月 日

殿

旭川医科大学長 印

初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する要項第7第1項の規定に該当し、初期臨床研修奨学金の支給を停止したので通知します。

記

1 停止期間 年 月 ~ 年 月

2 理由

別記様式第6 (第6関係)

別記様式第6 (第6関係)

初期臨床研修奨学金受給辞退届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所
Tel () —
氏名 印

連帯保証人 氏名 印

別記様式第5 (第4関係)

別記様式第5 (第4関係)

初期臨床研修奨学金受給辞退届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所
Tel () —
氏名 印

連帯保証人 氏名 印

下記のとおり初期臨床研修奨学金の受給を辞退したいので届け出いたします。

記

- 1 辞退年月日
年 月 日
- 2 辞退理由 _____
- 3 支給を受けた期間
年 月 日～ 年 月 日

(削除)

(削除)

次のとおり初期臨床研修奨学金の受給を辞退したいので届け出いたします。

- 1 辞退年月日
年 月 日
- 2 辞退理由 _____
- 3 支給を受けた期間
年 月 ～ 年 月(箇月)

別記様式第6 (第4関係)

別記様式第6(第4関係)

臨床研修休止届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり臨床研修を休止するので届け出いたします。

- 1 休止理由

(削除)
(削除)

2 休止年月日
年 月 日

3 休止期間
年 月 日～ 年 月 日

4 支給を受けた期間
年 月 ～ 年 月(箇月)

上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日

臨床研修病院の長
職印

別記様式第7 (第4関係)

別記様式第7(第4関係)
臨床研修再開届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 住所 _____
Tel () _____
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () _____
氏名 _____ 印

次のとおり臨床研修を再開したので届け出いたします。

別記様式第7 (第6関係)

別記様式第7 (第6関係)

受給者死亡届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

連帯保証人 住所
Tel () —
氏名 印

次のとおり受給者が死亡したので届け出いたします。

- 1 受給者氏名
- 2 死亡年月日
年 月 日
- 3 支給を受けた期間

1 再開年月日
年 月 日

2 休止期間
年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日

臨床研修病院の長
職印

別記様式第8 (第4関係)

別記様式第8 (第4関係)

受給者死亡届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

連帯保証人 住所
Tel () —
氏名 印

次のとおり受給者が死亡したので届け出いたします。

- 1 受給者氏名
- 2 死亡年月日
年 月 日
- 3 支給を受けた期間

年 月 日 ~ 年 月 日(箇月)

注)死亡の事実を確認できる書類を添付してください。

別記様式第8 (第6関係) (新設)

別記様式第8(第6関係)

初期臨床研修奨学金支給決定取消通知書

年 月 日

殿

旭川医科大学長 印

初期臨床研修医に対する奨学金支給に関する要項第7第2項の規定に該当することとなったため、奨学金の支給を取り消したので通知します。

記

1 取消日 年 月 日

2 理由

別記様式第9 (第7関係)

別記様式第9(第7関係)

初期臨床研修奨学金受給証書

年 月 日

年 月 日 ~ 年 月 日(箇月)

注)死亡の事実を確認できる書類を添付してください。

別記様式第9 (第5関係)

別記様式第9(第5関係)

初期臨床研修奨学金受給証書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり初期臨床研修奨学金を受給しました。

- 1 受給金額 金 円
- 2 受給期間 年 月 ~ 年 月(箇月)

注) 受給金額が 10万円以下の場合には200円, 10万円を超え50万円以下の場合には400円, 50万円を超え100万円以下の場合には1千円, 100万円を超え500万円以下の場合には2千円の収入印紙を右上に貼り, 割印をしてください。

別記様式第10 (第8関係)

別記様式第10(第8関係)

初期臨床研修奨学金返還届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり初期臨床研修奨学金を受給しました。

- 1 受給金額 金 円
- 2 受給期間 年 月 ~ 年 月(箇月)

注) 受給金額が10万円を超え50万円以下の場合には400円, 50万円を超え100万円以下の場合には1千円, 100万円を超え500万円以下の場合には2千円の収入印紙を右上に貼り, 割印をしてください。

別記様式第10 (第6関係)

別記様式第10(第6関係)

初期臨床研修奨学金返還届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

初期臨床研修奨学金を受給しましたが、次のとおり返還しますので届け出いたします。

- 1 返還金額 金 _____ 円
- 2 返還理由
- 3 返還期日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(箇月)
- 4 返還方法
- ① 一括返済 返還予定時期 (_____ 年 _____ 月)
- ② 分割返済 (ア～ウのいずれかを○で囲む。)
- ア 月 賦 _____
- イ 半年賦 返還予定月 (_____) 月と (_____) 月
- ウ 年 賦 返還予定月 (_____) 月
- 一回の返還金額 (_____) 円 返還回数 (_____) 回
ただし、最終回 (_____) 円
(※ 返還分割回数は 24 回以内の回数となります。)
- 5 支給を受けた期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(箇月)

注)「返還方法」は該当する番号を○で囲むこと。

別記様式第11 (第9関係)

別記様式第11(第9関係)

初期臨床研修奨学金返還免除申請書

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

初期臨床研修奨学金を受給しましたが、次のとおり返還しますので届け出いたします。

- 1 返還金額 金 _____ 円
- 2 返還理由
- 3 返還期日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(箇月)
- 4 返還方法
- ① 一括返済
- ② 分割返済 (分割回数: _____ 回: 一回の返済金額 _____ 円)
(※ 分割回数は 24 回以内の回数となります。)
- 5 支給を受けた期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(箇月)

注)「返還方法」は該当する番号を○で囲むこと。

別記様式第11 (第7関係)

別記様式第11(第7関係)

初期臨床研修奨学金返還免除申請書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

初期臨床研修奨学金を受給しましたが、次のとおり返還を免除されるよう申請いたします。

- 1 支給を受けた期間
年 月 ~ 年 月(箇月)
- 2 免除申請額 金 _____ 円
- 3 免除申請理由

(※理由を確認できる証明書等の提出をお願いする場合があります。)

別記様式第12 (第9関係) (新設)

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

初期臨床研修奨学金を受給しましたが、次のとおり返還を免除されるよう申請いたします。

- 1 支給を受けた期間
年 月 ~ 年 月(箇月)
- 2 免除申請額 金 _____ 円
- 3 免除申請理由

4 医療施設等での勤務状況

①勤務期間

年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月

②勤務内容等

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

年 月 日
旭川医科大学病院
卒後臨床研修センター長

印

別記様式第12(第9関係)

初期臨床研修奨学金返還猶予申請書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

初期臨床研修奨学金を受給しましたが、次のとおり返還を猶予されるよう申請いたします。

- 1 支給を受けた期間
年 月 ～ 年 月 (箇月)
- 2 希望猶予期間 (※12箇月以内の期間を記入してください。)
年 月 ～ 年 月
- 3 猶予申請理由 (※理由を確認できる証明書等の提出をお願いする場合があります。)
- 4 希望返還方法
 返還の中断
(2の期間、返還を中断する場合)
 返還期間の延長
(2の期間における返還金額を減額するため、返還期間を延長する場合)

【猶予期間内における返還方法】

- 月 賦 一回の返還金額()円
 半年賦 一回の返還金額()円 予定月()月と()月
 年 賦 一回の返還金額()円 予定月()月

【猶予期間終了後における返還予定】

- 月 賦 一回の返還金額()円
 半年賦 一回の返還金額()円 予定月()月と()月
 年 賦 一回の返還金額()円 予定月()月

別記様式第13 (第9関係) (新設)

別記様式第13 (第9関係)

初期臨床研修奨学金返還免除決定通知書

年 月 日

殿

旭川医科大学長 印

下記のとおり、初期臨床研修奨学金の返還免除について決定したので通知します。

記

- 1 支給済期間 年 月～ 年 月 (箇月)
- 2 支給済金額 金 円
- 3 免除決定額 金 円

別記様式第14 (第9関係) (新設)

別記様式第14(第9関係)

初期臨床研修奨学金返還猶予決定通知書

年 月 日

殿

旭川医科大学長 印

下記のとおり，初期臨床研修奨学金の返還猶予について決定したので通知します。

記

- 1 支給済期間 年 月～ 年 月 (箇月)
- 2 猶予期間 年 月～ 年 月 (箇月)

別記様式第15(第10関係)

別記様式第15(第10関係)

継続勤務中断理由書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 住所 _____
Tel () —
氏名 印

別記様式第12(第8関係)

別記様式第12(第8関係)

継続勤務中断理由書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 住所 _____
Tel () —
氏名 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり勤務を継続することができないので届け出いたします。

1 中断理由

2 中断年月日
年 月 日

3 復帰予定年月日
年 月 日

4 初期臨床研修奨学金の支給を受けた期間
年 月 日～ 年 月 日(箇月)

上記届出について、復帰後の勤務を継続したものと

認める。

認めない。

年 月 日
旭川医科大学長 印

別記様式第16 (第10関係) (新設)

別記様式第16(第10関係)

継続勤務復帰届

年 月 日

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり勤務を継続することができないので届け出いたします。

1 中断理由

2 中断年月日
年 月 日

3 支給を受けた期間
年 月 日～ 年 月 日(箇月)

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり勤務に復帰したので届け出いたします。

記

- 1 復帰年月日
 年 月 日
- 2 勤務先

(削除)

(削除)

別記様式第13 (第9関係)

別記様式第13 (第9関係)

異動届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受給者 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

別記様式第17 (第11関係)

別記様式第17(第11関係)

氏名・住所・勤務先変更届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり 氏名・住所・勤務先 を変更したので届出いたします。

1 変更前

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり異動したのでお届けいたします。

1 異動年月日 年 月 日

2 異動理由

3 新勤務先等がある場合

①所在地

〒
電話 ()

②名称

別記様式第14 (第10関係)

別記様式第14(第10関係)

氏名住所変更届

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり 氏名住所 を変更したので届出いたします。

1 変更前

2 変更後

3 変更年月日 年 月 日

(削除)

(削除)

<u>住所</u>	<u>〒</u> <u>電話</u> ()
<u>氏名</u>	—

2 変更後

<u>住所</u>	<u>〒</u> <u>電話</u> ()
<u>氏名</u>	—

3 変更理由

別記様式第15(第11関係)

別記様式第15(第11関係)

現況報告書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

受 給 者 氏名 _____ 印

連帯保証人 住所 _____
Tel () —
氏名 _____ 印

次のとおり、 年4月1日現在の現況を報告いたします。

1 現住所

所在地	〒 電話 ()
-----	-------------

2 研修病院, 大学院又は勤務病院

所在地	〒 電話 ()
名称	