

専攻医研修資金貸与申請書

年 月 日

宮崎県病院事業管理者 殿

申請者氏名 ㊦

専攻医研修資金の貸与を受けたいので、宮崎県病院局専攻医研修資金貸与規程第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		性別	勤務先の名称		
	氏名		男・女			
	生年月日及び年齢	年 月 日生（満 歳）				
	住所	〒				
	連絡先の電話番号	（ ） —				
専門研修実施計画	所属講座（診療科）		研修期間	備考		
貸与申請期間		年 月から 年 月まで				
保証人	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名	㊦	及び年齢	（満 歳）		
	住所	〒		申請者との関係		
	電話番号	（ ） —				
人	職業		年収	税込 円		
	申請者が貸与を受ける専攻医研修資金については、本人と連帯して責任を負います。					

関係書類

- 1 医師免許証の写し
- 2 臨床研修修了登録証の写し
- 3 大学講座の教授の推薦調書（別記様式第 2 号）
- 4 その他管理者が必要と認める書類