

鳥取市立病院医師奨学金制度

令和7年度募集要項

この制度は、将来鳥取市立病院で医師として勤務しようとする医学生に奨学金を貸与することで、医学生の修学を支援し、鳥取市立病院に必要な医師の確保を図ることを目的としています。

この趣旨に基づき、令和7年度の奨学生を下記のとおり募集します。

1 応募受付

○受付期間

令和7年4月1日～令和7年4月30日

*貸与決定者が募集定員に満たない場合は追加募集します。

○提出書類

- ①医師奨学金貸与申請書（様式第1号）
- ②履歴書（様式第2号）
- ③住民票の写し
- ④大学の学部及び学年が記載された在学証明書
- ⑤誓約書（様式第3号）
- ⑥連帯保証人の所得証明書
- ⑦連帯保証人の印鑑登録証明書

*様式第1～3号は鳥取市立病院ホームページからダウンロードできます。

○受付時間

午前8時30分～午後5時15分（土曜日、日曜日及び祝日を除く）

○提出先又は郵送場所

鳥取市立病院 教育研修センター（市立病院3階）

〒680-8501 鳥取県鳥取市的場一丁目1番地 TEL 0857-37-1522

2 選考方法

提出された書類の審査と面接により決定します。

○面接日

応募された方に対して、別途調整し通知します。

3 応募要件

次の要件の全てを満たす方が対象となります。

- ① 大学の医学を履修する課程（自治医科大学・産業医科大学除く）に在学していること
- ② 医師免許取得後、鳥取市立病院で初期臨床研修を行う意思があること
- ③ 将来鳥取市立病院に常勤医師として勤務する意思があること
- ④ 卒業後に勤務義務を課せられているような同種類の奨学金や給与を受けていないこと（日本学生支援機構の奨学金など、将来の医師としての勤務に制約を設けていない奨学金制度との併給は可能）

*出身地域、居住地域等の制限は設けていませんので、①～④の要件を満たせば、どなたでも申請可能です。

*①でいう大学とは、学校教育法第1条に規定する大学のことでですので、国外の大学等で医師を目指している方は対象となりません。

4 対象学年・募集人数

(1) 対象学年及び募集人数（令和7年4月現在の学年）

○1年生	2人	○4年生	2人
○2年生	2人	○5年生	2人
○3年生	1人	○6年生	1人

5 奨学金の金額

月額20万円（年額240万円）

6 貸付期間

奨学金の貸与決定を受けた月から大学を卒業する日の属する月まで

*正規の履修期間の月数を限度とします。

7 貸付方法

原則として、毎年度、前期及び後期の2回、それぞれ6月分ずつ貸与します。（年度途中から支給開始の場合は別途通知します。）

8 連帯保証人

応募時に連帯保証人を2人立てていただくことが必要です。連帯保証人のうち1人は父又は母とし、もう1人は独立の生計を営む成年者としてください。

9 奨学金の返還免除

この奨学金は、奨学金の貸与期間に応じて、次の条件を満たせば、返還が全額免除されます。

○ 6年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行い、その後5年間常勤医師として勤務。

○ 5年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行い、その後4年間常勤医師として勤務。

○ 4年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行い、その後3年間常勤医師として勤務。

○ 3年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行い、その後2年間常勤医師として勤務。

○ 2年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行い、その後1年間常勤医師として勤務。

○ 1年間貸与を受けた場合

初期臨床研修を当院で行う。

10 奨学金の返還猶予

奨学金の貸与期間満了後に、奨学金の被貸与者が直ちに初期臨床研修を開始できない場合、また初期研修修了後に継続して常勤医師として勤務できない場合であっても、次の事由に該当し、その事由が継続する間については、奨学金の返済を猶予することができます。

- ①奨学金の貸与期間満了後も引き続き大学に在学しているとき。
- ②大学の卒業時に医師免許の取得ができなかったが、引き続き医師免許の取得を目指す意思がある被貸与者で、大学卒業後2年を経過していないとき。
- ③市立病院で初期臨床研修を修了した後、他の病院で専門研修を受けることを目的に市立病院を退職した被貸与者が、専門研修を受けているとき。(基本領域に係る研修期間が満了するまで)
- ④市立病院で初期研修を修了した後、大学院の医学を履修する課程で博士(医学)の学位を取得することを目的に市立病院を退職した被貸与者が、大学院に在学しているとき。(市立病院退職後4年間まで)
- ⑤災害、疾病その他やむを得ない事由により奨学金を返還することが困難な場合として、管理者が特に認めるとき。

11 奨学金の返還

(1) 返還が必要な事由

奨学金の貸与を辞退したとき、成績不良等で貸与の決定を取り消されたとき、奨学金の返還免除や返還猶予の条件を満たさなくなったときなどは、原則として3月以内に一括して返還していただきます。

医師奨学金貸与申請書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

鳥取市立病院医師奨学金貸与条例第2条の規定に基づき医師奨学金の貸与を受けた
いので、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程第4条の規定により、連
帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（本人）住 所 〒

氏 名 ①

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

大 学 名	
学部・学科名	
学 年	
貸与希望期間	年 月分から 年 月分まで

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは保証人となり連帯して
債務を負担します。

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

- 注 1 申請者（本人）欄は、本人が自署・押印し、履歴書（様式第2号）、住民票の写し、大学
の学部及び学年が記載された在学証明書、誓約書（様式第3号）を添えてください。
2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署・押印し、連帯保証人の収入を証明する所得証明書と
押印した印鑑の印鑑登録証明書（市町村長の証明書）を添えてください。

履 歴 書

令和 年 月 日

写真を貼る位置
縦4cm×横3cmの写真を使用してください。

ふりがな		TEL.
氏名		
昭和 年 月 日生 (満 歳)		性別 男 女
ふりがな		TEL.
現住所 〒 -		携帯
		FAX.
ふりがな		TEL.
連絡先 〒 - (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)		
方		FAX.

年	月	学歴・職歴

誓 約 書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

奨学金の貸与の決定を受けた場合は、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例並びに鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程を遵守し、学業に励むとともに、卒業後は直ちに鳥取市立病院に勤務することを誓います。

また、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例により、奨学金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例並びに鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程に従い、奨学金の返還債務を本人と連帯して負担します。

令和 年 月 日

本人 住所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住所 〒

氏 名 ⑩

- 注 1 本人欄は、本人が自署・押印してください。
2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署し押印（印鑑登録したもの）してください。

