

鳥取県医師養成確保奨学金（一般貸付枠） 令和4年度募集要項

県内における医師の確保を図るため、将来、県内の病院等において医師の業務に従事しようとする学生に対し、修学上必要な資金を貸し付ける「鳥取県医師養成確保奨学金制度」について、令和4年度貸付希望者を下記のとおり募集します。

記

1 募集内容

(1) 借受者の資格

下記ア～ウの要件を全て満たす者

ア 大学（学校法人自治医科大学を除く。）の医学を履修する課程に入学し、同課程に在学している者であること。

＜鳥取大学の学生の場合＞出身地・卒業高校の所在地を問わない。

＜鳥取大学以外の県外大学の学生の場合＞鳥取県内の高校卒業者に限る。

イ 医師免許取得後、直ちに来県内の病院等において医師の業務に従事しようとする者であること。

ウ 他から同種類の奨学金の貸与又は給与を受けていない者であること。

（注）ここでいう「同種類の奨学金」とは、卒業後の医師としての就業先を制限する規定（返還免除条件として定める場合を含む。）を有する奨学金・貸付金をいう。

したがって、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るものでない奨学金制度との併給は認めるものとします（ただし、「鳥取県育英奨学金（大学等奨学資金）」については、併給は認められません。）。

(2) 貸付人数 5名以内

(3) 奨学金の額・貸付条件等

| | |
|--------|--|
| ①奨学金の額 | 月額10万円 |
| ②貸付期間 | 令和4年4月から大学を卒業する日の属する月まで(正規の履修期間における卒業月までの月数まで) |
| ③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月分ずつを貸付け) |
| ④貸付利率 | 無利子 |
| ⑤連帯保証人 | 1人 ※貸付希望者の父母又はこれに代わって債務を保証する者。 |
| ⑥保証人 | 1人 ※連帯保証人と別生計の者に限る。 |
| ⑦貸付の条件 | 鳥取大学生の場合 鳥取大学において開講される地域医療に係るカリキュラムを受講すること。ただし、災害、疾病その他知事がやむを得ないと認める理由により当該カリキュラムを受講できない場合は、この限りでない。 |
| | 県外大学生の場合 県が企画する地域医療体験研修を毎年1回以上受けること。ただし、県が当該研修を実施しなかった場合又は災害、疾病その他知事がやむを得ないと認める理由により当該研修を受けることができない場合は、この限りでない。 |
| ⑧臨床研修 | 県内病院が管理を行う臨床研修に限定(マッチング参加) |

(4) 奨学金の返還・返還免除

| | | |
|------------|--|---------------|
| ① 奨学金の返還 | 奨学生は、貸付けを打ち切られたとき等においては、1月以内に貸付金の全額を一括返還しなければならない。 | |
| ② 奨学金の返還免除 | 「貸付金の返還に係る債務の免除に関する条例」の定めるところによる。 | |
| | 免除の条件 | 免除の範囲 |
| | <p>ア 大学を卒業した日の属する年度の翌年度の初日から起算して2年以内に医師免許を取得した後、直ちに県内の病院が管理を行う医師法に規定する臨床研修を受け、当該研修を修了した日から起算して下記猶予期間が経過するまでに、指定病院等において常勤医師(当該指定病院等において定める医師の勤務時間の全てを勤務し、かつ、1週間当たり32時間以上勤務する医師をいう。)としての業務に下記免除条件期間以上通算して従事したとき。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>【猶予期間】 奨学金の貸与を受けた期間の1.5倍に相当する期間に3年を加えた期間(最大9年) (鳥取大学医学部附属病院に勤務する場合は、更に最大3年延長できる。)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>【免除条件期間】 奨学金の貸与を受けた期間に相当する期間の1.5倍に相当する期間(最大6年)以上 (県内の病院が管理を行う臨床研修を受けた期間は、最大2年(貸付期間が1年のときは1年)を勤務期間に含めることができる。) (鳥取大学医学部附属病院に勤務する場合、下記勤務期間を免除条件に含めることができる。) ○小児科(脳神経小児科を含む)・産科・救急科・精神科の場合・・・最長3年 ○放射線治療専門医、がん薬物療法専門医又は感染症専門医を取得するための業務又は当該専門医として業務に従事した場合・・・最長3年 ○上記科以外の場合・・・最長1年(ただし知事が特に認める場合は3年まで可)</p> </div> <p>イ アの業務従事期間中に、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因して精神若しくは身体に著しい障害を受けたためその業務に従事することができなくなったとき。</p> | 債務の全部 |
| | ウ イに該当する場合を除き、死亡し、又は精神若しくは身体に著しい障害を受けたため医師の業務に従事することができなくなったとき。 | 債務の全部 又は一部 |

参考) 返還の猶予期間と免除条件期間

| 申請時の学年 | 奨学金の貸付上限月数 | 猶予期間*1 | 免除条件期間*2 |
|--------|------------|--------|----------|
| 1年生 | 7 2月 | 9年 | 6年 |
| 2年生 | 6 0月 | 9年 | 6年 |
| 3年生 | 4 8月 | 9年 | 6年 |
| 4年生 | 3 6月 | 7. 5年 | 4. 5年 |
| 5年生 | 2 4月 | 6年 | 3年 |
| 6年生 | 1 2月 | 4. 5年 | 1. 5年 |

- * 1 鳥取大学医学部附属病院に勤務する場合は、更に最大3年延長できます。
- * 2 県内の病院が管理を行う臨床研修を受けた期間は、最長2年（貸付期間が1年のときは1年）を免除条件期間に含めることができます。
- * 3 鳥取大学医学部附属病院に勤務する場合は、下記勤務期間（最大3年）を免除条件期間に含めることができます。
 - 小児科(脳神経小児科を含む)・産科・救急科・精神科の場合・・・最長3年
 - 放射線治療専門医、がん薬物療法専門医又は感染症専門医を取得するための業務又は当該専門医として業務に従事した場合・・・最長3年
 - 上記以外の場合・・・最長1年（ただし知事が特に認める場合は3年まで可）

(5) その他

貸し付けに係る規定の詳細については、「鳥取県医師養成確保奨学金貸付規則」を御確認ください。

鳥取県例規検索システム http://www1.g-reiki.net/tottori/reiki_menu.html

2 募集締切 令和4年5月20日（金） ※必着（当日消印有効）

3 申請方法

下記（1）～（7）の書類を、下記5の送付先まで簡易書留により郵送してください。

- (1) 奨学金貸付申請書（様式第1号）
- (2) 誓約書（様式第2号）
- (3) 在学証明書
- (4) 推薦書（在学大学の学部長又は学科長が発行するもの。様式あり）
- (5) 直近の成績証明書（申請者が1年生である場合は高等学校の発行する成績証明書）
- (6) 鳥取県の地域医療について考えることを記載した小論文（800字以内）
- (7) 自己紹介書（様式あり）

4 選考の方法

- ・提出された書類及び面接により選考します。
- ・面接の詳細は、おって申請者に連絡します。
 - 《面接日時（予定）》令和4年6月5日（日）午前10時から午前12時
 - ※新型コロナウイルスの状況により、面接日時等の変更することがあります。その場合には応募者に個別連絡します。
 - ※面接は、奨学金貸付申請書の受付順に実施します（ただし、遠隔地からの受験者の事情を考慮し、面接の順番を調整する場合があります）。
 - 《面接場所（予定）》鳥取県庁（鳥取市東町一丁目220番地）

5 申請書類の送付先、問合せ先

〒680-8570

鳥取県鳥取市東町1-220

鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課医療人材確保室 福田

電話 0857-26-7195

ファクシミリ 0857-21-3048

電子メール ishikakuho@pref.tottori.lg.jp

様式第1号(第5条関係)

奨学金貸付申請書

鳥取県知事 様

奨学金の貸付けを受けたいので、連帯保証人及び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 郵便番号

住 所

氏 名



電話番号

| | |
|--------------------------------|---|
| 大 学 名 | |
| 学部・学科・ 課 程 名 | |
| 学 年 | |
| 入 学 区 分 (該当するものにレ印をしてください。) | <input type="checkbox"/> 地域枠推薦入学 <input type="checkbox"/> 一般入試又は一般推薦入学 |
| 望 期 間 | 令和 年4月分から令和 年3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



本人との関係

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債務を保証します。

保証人 住所

氏名



本人との関係

様式第2号(第5条関係)

誓約書

鳥取県知事 様

奨学生として決定された上は、鳥取県医師養成確保奨学金貸付規則を堅く守り、学業に励むとともに、卒業後は鳥取県の地域医療に貢献することを誓います。

年 月 日

住所

氏名

印

年 月 日生

鳥取県医師養成確保奨学金 奨学生推薦書

| | | | |
|-------------------------------|--|----|------|
| 奨学金申請者の氏名 | | | |
| 学部・学科 | | 学年 | 第 学年 |
| 成績概評 | | | |
| 人物概評 | | | |
| その他推薦の参考事項 | | | |
| 鳥取県知事 様 | | | |
| 上記の者は、貴県の奨学生として適当な者と認め、推薦します。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 大 学 名 | | | |
| 推薦者職・氏名 | | | 印 |

自己紹介書

提出日：令和 年 月 日

(写真はり付け欄)
写真は申込前6ヶ月以内に無帽で正面から上半身を写した縦4センチメートル、横3センチメートル程度のもので本人と確認できるものであること。

| | |
|--------|------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 大学名 | |
| 学年 | 第 学年 |
| 業高等学校名 | |

| 項目 | 摘要 |
|------------------|----|
| 本奨学金の志望動機 | |
| 医師を目指そうと思った理由 | |
| 将来の希望 | |
| 趣味・特技 その他自己PR | |