






回覽	校長	教頭	事務長	教務主任	文書保管
					



R04-04045-01770
令和5年3月30日

県内各高等学校長 様

長崎県福祉保健部
医療人材対策室長
(公印省略)

令和5年度長崎県医学修学生の募集について(依頼)

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

長崎県では、離島へき地の医師確保対策の一つとして、大学卒業後離島へき地の医療に進んで従事しようとする気概と情熱に富んだ学生を対象とした「長崎県医学修学資金貸与制度」を設けております。

つきましては、令和5年度の新規修学生を別紙のとおり募集いたしますので、お忙しい中大変お手数をおかけいたしますが、医学部へ進学された卒業生や、保護者様への周知方につきまして、特段の御配慮をいただきますようお願い申し上げます。配付にかかる送料等につきましては、ご相談ください。

担当：長崎県医療人材対策室 医師確保推進班 谷川
〒850-8570 長崎市尾上町3-1
TEL 095-895-2421 FAX 095-895-2573
E-mail m.tanigawa623@pref.nagasaki.lg.jp



令和5年度

長崎県医学修学生

申請様式集

長崎県医療人材対策室

令和5年度長崎県医学修学生の募集について

長崎県福祉保健部医療人材対策室

長崎県では、長崎県医学修学資金貸与条例に基づき、大学医学部を卒業後、医師として離島・へき地の医療に進んで従事しようとする気概と情熱に富んだ学生に対し、修学資金を貸与しています。

記

1. 募集対象者 大学医学部（医師養成課程）在学学生
2. 募集期間 令和5年4月3日（月）から6月30日（金）まで
3. 選考方法 面接試験を長崎市市内において実施します。
※日時、場所等については、募集の締切後決定し、応募者に対して通知します。
4. 貸与内容等
 - ① 貸与金額
 - ア 入学金
 - ・国立大学生 国立大学における額
 - ・国立大学以外の大学生 国立大学標準額の1.1倍以内の額
※令和2年度標準額：282,000円
 - イ 授業料
 - ・国立大学生 国立大学における額
 - ・国立大学以外の大学生 国立大学標準額の1.1倍以内の額
※令和2年度標準額：535,800円
 - ウ 専門課程における学習図書購入費 年額20万円以内
 - エ 生活費 月額7万円以内
 - ② 貸与利率 年14.5%
 - ③ 返還免除について
卒業後の履行すべき必要勤務期間を終了した場合は、元金及び利息の返還を免除します。
5. 卒業後の履行すべき必要勤務期間
貸与を受けた期間の1.5倍（専門課程以降からの貸与者については、1倍）に相当する期間（うち、離島へき地に2分の1以上）以上知事が指定する医療機関に勤務しなければなりません。また、長崎県のキャリア形成プログラム及び長崎県キャリア形成卒前支援プランの適用を受けること。【別添参照】
6. 貸与の取消について
次に該当する場合は貸与を取り消し、直ちに元金及び利息を返還することとなりますのでご注意ください。
 - ① 大学を除籍となった場合。
 - ② 卒業までの在学合計年数が修業年限の2倍を超えた場合。
 - ③ 医師国家試験において3回不合格となった場合。
 - ④ 貸与を辞退した場合。

7. 卒業後の身分等

① 身分

長崎県病院企業団（長崎県及び病院の所在する市町で構成する一部事務組合）等の職員

② 勤務先

長崎県病院企業団の病院（上五島病院等8病院）、離島市町立病院、保健所等

③ 研修

臨床研修2年（これらの研修については、国立病院機構長崎医療センター等で実施）

8. 貸与申請書等の請求及び問い合わせ先

〒850-8570

長崎市尾上町3番1号

長崎県福祉保健部医療人材対策室医師確保推進班

電話：095-895-2421

令和5年度長崎県医学修学資金貸与申請について

長崎県福祉保健部医療人材対策室

長崎県医学修学資金の貸与を希望される方は、下記の書類を提出してください。
貸与者の決定は、長崎市内において実施する面接後に行います。

記

1. 申請にあたって提出するもの（各1部）

- ① 長崎県医学修学資金貸与申請書（様式第1号）
・貸与総額欄は空欄にしておいてください
- ② 成績証明書
今春入学者：出身高校長が発行するもの
在 学 生：在学中の大学長又は学部長が発行するもの
- ③ 推薦書（様式第2号）
今春入学者：出身高校長が発行するもの
在 学 生：在学中の大学長又は学部長が発行するもの
- ④ 申請者の戸籍抄本
- ⑤ 在学証明書
・大学が発行するもの
- ⑥ 履歴書
・市販の用紙で可
写真を貼付のうえ、中学校卒業後から大学入学までの経歴を記載してください
- ⑦ 誓約書（添付様式）
- ⑧ 保証書（様式第3号）
・連帯保証人の印鑑登録証明書と所得証明書を添付してください
- ⑨ 貸与希望額調（添付様式）
- ⑩ 貸与申請理由書（添付様式）
- ⑪ 長崎県キャリア形成プログラム適用同意書（添付様式）
- ⑫ 長崎県キャリア形成卒前支援プラン適用同意書（添付様式）

2. 申請書類の請求及び提出先

〒850-8570 長崎市尾上町3-1
長崎県福祉保健部医療人材対策室医師確保推進班
電話：095-895-2421

3. 申請書類の提出期限

令和5年6月30日（金）（必着）

◎医学修学資金貸与申請（新規）における注意事項

1. 記載にはすべて黒色のボールペン等を使用し、鉛筆等は使用しないでください。

2. 貸与申請書（様式第1号）の記載にあたっては、次のことに注意してください。
 - ① 住所は現住所を番地、何々方まで正確に記載すること。電話番号も記載すること。
 - ② その他は、詳細かつ正確に記載すること。
 - ③ 貸与総額の欄は、空欄にしておくこと。貸与額の決定後、県で記入する。
 - ④ 貸与期間は、令和5年4月から令和6年3月まで（1ヶ年）となる。

3. 誓約書の記入について
 - ・保証人は連帯保証人と同一人物であること。

4. 保証書について
 - ① 連帯保証人の印鑑証明書及び所得証明書（令和4年分給与所得の源泉徴収票又は令和4年分所得税の確定申告書控（いずれもコピー可））を添付すること。
 - ② 連帯保証人は独立して生計を営む者でなければならない。
 - ③ 連帯保証人のうち1人は、次の者でなければならない。
 - ア. 修学資金貸与者が、未成年者のときは、その保護者（親権を行うものがない時は、未成年後見人）
 - イ. 成年者のときは父母兄弟又はこれに代わる者

5. 成績証明書及び推薦書については、大学1年生については、出身高校の校長が発行するもの、2年生以上については大学の学長又は学部長が発行するものになります。

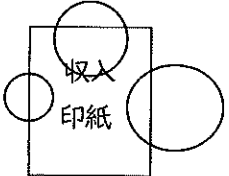
6. 記入誤りがあった場合は、医療人材対策室医師確保推進班までご連絡ください。

※借用証書（様式第5号）について【注意：県からの貸与決定通知が届いてから提出】

- ・選考試験終了日以降、長崎県から貸与決定通知と様式第5号を郵送しますので、通知の記載に従って「借用証書」を提出してください。
- ・連帯保証人は、先に提出した保証書と同一人とする。先に提出した連帯保証人及びその実印に変更がある場合は変更後の保証人の印鑑証明を添付すること（変更がない場合は添付の必要はありません。）
- ・借用証書には、2,000円の収入印紙を借用証書の右上に貼り、その上に貸与を受

ける者及び連帯保証人2名の割印をすること。

※貼付例（収入印紙は借用証書本体に貼付すること）

様式第5号	長崎県医学修学資金借用証書	
		令和 年 月 日
長崎県知事 大石 賢吾 様		

問合せ先：

長崎県 福祉保健部 医療人材対策室 医師確保推進班

〒850-8570 長崎市尾上町3-1

TEL 095-895-2421

FAX 095-895-2573

長崎県キャリア形成プログラム及び
長崎県キャリア形成卒前支援プラン

令和4年9月

長崎県福祉保健部医療人材対策室

長崎県キャリア形成プログラム

第1 目的

このプログラムは、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画であり、医師の確保を特に図るべき区域等における医師の確保に資するとともに、当該地域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的に定める。

第2 キャリア形成プログラムの内容

1 適用対象者

キャリア形成プログラムの適用対象者は、次に掲げる者とする。

- (1) 長崎県医学修学資金等貸与条例（昭和47年長崎県条例第15号。以下「条例」という。）に基づき貸与を受けた医師（以下、「県貸与医師」という。）
- (2) 自治医科大学医学部修学資金貸与規程（昭和47年4月1日制定。以下、「規程」という。）に基づき貸与を受けた医師（以下、「自治卒業医師」という。）
- (3) その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師（以下、「適用希望医師」という。）

2 対象期間

- (1) 県貸与医師は、条例第6条の規定に基づく返還債務の当然免除要件を満たすまでの期間。
- (2) 自治卒業医師は、規程第7条の規定に基づく返還債務の当然免除要件を満たすまでの期間。
- (3) 適用希望医師は、県貸与医師の取扱いに準じる期間。

※(1)及び(2)の期間については、以下「必要勤務期間」という。

※通常、必要勤務期間は、初期臨床研修2年、専門研修3年、定着勤務4年の計9年間となる。なお、必要勤務期間のうち1/2以上（当該期間が1年に満たない時には1年とする。）は知事が定める離島等の医療機関等で勤務。

（標準的な必要勤務期間の勤務パターン）

※他パターンは別紙1に記載。

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
勤務形態	初期臨床研修		専門研修			定着勤務				

（注）人事配置の都合上、3年目から専門研修を開始できない場合もある。

3 対象医療機関等

- (1) 初期臨床研修は、知事が指定する医療機関で実施する。(別表1に記載)
- (2) 臨床研修終了後の必要勤務期間は、原則として知事が指定する医療機関等に勤務する。(別表2に記載)

4 希望する診療科の選択及び取得可能な専門医資格

キャリア形成プログラム適用対象者は、初期臨床研修2年時に、内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、総合診療科の6領域のうち、希望する診療科の意向を県に提出する。

また、キャリア形成プログラムの適用対象者は、原則、必要勤務期間中に、プログラム制又はカリキュラム制による専門医資格を取得できるものとし、取得希望者は、上記6領域から希望する専門研修プログラムの意向を県に提出する。

個々のキャリア形成プログラム適用対象者の専門領域、専門研修の開始時期、研修施設及び期間については、本人の意向を尊重するとともに研修受入医療機関の研修体制の状況等も踏まえ決定する。

5 必要勤務期間の一時中断

- (1) 県貸与医師については、条例第6条及び第7条の規定に基づき、必要勤務期間の一時中断を認めることとし、中断事由は以下のとおりとする。

一時中断の期間は、必要勤務期間には含まれない。

- ①育児
- ②大学院での課程の履修
- ③外国の大学、大学院での課程の履修
- ④その他知事が必要と認めるもの

なお、①の期間は利息を付さないものとする。

- (2) 自治卒業医師については、規程に基づき、必要勤務期間の一時中断を認める。
- (3) 適用希望医師については、県貸与医師の取扱いに準じる。
- (4) 必要勤務期間の一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認する。

6 キャリアコーディネーターの配置

キャリア形成プログラム適用対象者のキャリア形成等を円滑に推進するため、派遣先等について、キャリア形成プログラムの適用対象者と大学など関係機関等との調整を行うとともに、キャリア形成プログラムの適用対象者の支援等を行う人材（以下、「キャリアコーディネーター」という。）を配置し、ながさき地域医療人材支援センター長をもって充てる。

7 キャリア形成プログラムの充実等

県は、キャリア形成プログラムの更なる充実に向けて、キャリア形成プログラムの適用対象者の意見を参考に、研修環境の整備や勤務負担の軽減に努めるものとし、キャリア形成プログラムの適用対象者の必要勤務期間中、定期的に意見聴取を行う。

第3 キャリア形成プログラムの手続き

1 キャリア形成プログラム適用の同意

キャリア形成プログラム適用対象者は、キャリア形成プログラムの適用について「長崎県キャリア形成プログラム適用同意書」（様式1）を知事に提出するものとする。

2 キャリア形成プログラムの終了

第2の2の対象期間の終了又は適用対象者の死亡、その他やむを得ない事由によりキャリア形成プログラムの適用を続けることが困難と認められる場合は、キャリア形成プログラムを終了したものとして取扱う。

(別紙1)

(1年次から貸与の場合：必要勤務期間9年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		専門研修			定着勤務			

(2年次から貸与の場合：必要勤務期間7.5年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		専門研修			定着勤務			

(3年次から貸与の場合：必要勤務期間6年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		専門研修			定着勤務			

(4年次から貸与の場合：必要勤務期間5年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		定着勤務						

(5年次から貸与の場合：必要勤務期間4年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		定着勤務						

(6年次から貸与の場合：必要勤務期間3年間)

勤務年次	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務形態	初期臨床研修		定着勤務						

(注) 必要勤務期間の1/2以上(当該期間が1年に満たない時は1年とする)は知事が定める離島等の医療機関等で勤務。

(注) 専門教育科目課程(4年生以上)から貸与を受けた者については、条例第6条の規定に基づき、初期臨床研修の期間は必要勤務期間には含まれない。

(注) 人事配置の都合上、3年目から専門研修を開始できない場合もある。

(別表1)

初期臨床研修で 研修可能な病院	長崎医療センター 島原病院 五島中央病院 上五島病院 対馬病院
--------------------	---

(別表2)

必要勤務期間に 勤務可能な病院等	本土地区	精神医療センター 島原病院 長崎県庁 西彼保健所 県央保健所 県南保健所 県北保健所
	離島等地区	五島中央病院 五島中央病院附属診療所奈留医療センター 富江病院 上五島病院 上五島病院附属診療所有川医療センター 上五島病院附属診療所奈良尾医療センター 対馬病院 上対馬病院 壱岐病院 五島保健所 上五島保健所 壱岐保健所 対馬保健所

(様式1)

年 月 日

長崎県知事 様

長崎県キャリア形成プログラム適用同意書

氏 名 印

大学名

私は、長崎県キャリア形成プログラム（長崎県が策定した医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画）に同意し、当該プログラムに定められた医療機関等における業務に従事します。

※ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

長崎県キャリア形成卒前支援プラン

第1 目的

このプランは、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画であり、各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、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に定める。

第2 プランの内容

1 適用対象者

このプランの適用対象者は、次に掲げる者とする。

- (1) 長崎県医学修学資金等貸与条例（昭和47年長崎県条例第15号）に基づき貸与を受けている者
- (2) 自治医科大学医学部修学資金貸与規程（昭和47年4月1日制定）に基づき貸与を受けている者
- (3) その他プランの適用を希望する者

2 対象期間

対象期間は、入学時又は長崎県キャリア形成プログラムへの適用の同意を得た時から卒業時までとする。

3 卒前支援プロジェクト

このプランにおける、適用対象者へ提供する卒前支援プロジェクトは、次に掲げるとおりとする。

(1) 夏季ワークショップ

離島等の地域医療に対する認識を深めることを目的として、夏季休暇の期間を利用して実施。

- ・対象者：1～5年生のうち指定する学年
- ・開催回数：年1回
- ・開催方法：7～9月の間に原則、2泊3日の日程で実施
- ・主な内容：講師からの講義
先輩医師からの講演

先輩医師との意見交換
地元病院・診療所等見学
地元住民との意見交換会
テーマ別ワークショップ

(2) 冬季ワークショップ

離島等での勤務における不安を払拭すること等を目的として、冬季休暇の期間を利用して実施。

- ・対象者：1～5年生
- ・開催回数：年1回
- ・開催方法：1～3月の間に原則、1日の日程で実施
- ・主な内容：講師からの講義
先輩医師からの講演
先輩医師との意見交換
テーマ別ワークショップ

(3) 学年別ワークショップ

学年ごとの交流を深めること、及び学年ごとに離島等での地域医療における意識を涵養すること等を目的として実施。

- ・対象者：1～5年生
- ・開催回数：各学年2回
- ・開催方法：1回1時間程度実施
- ・主な内容：学年ごとの意見交換
講師からの講義

(4) 病院見学

離島等での勤務に対するミスマッチ防止を目的として、将来勤務する離島病院等の見学を実施。

- ・対象学生：3～6年生
- ・開催回数：原則、年1人1回
- ・開催方法：個人ごとに見学病院と調整し決定

(5) 面談

離島等での勤務における疑問や不安の払拭、及び将来のキャリアへの支援等を目的として実施

- ・対象学生：1～6年生
- ・開催回数：年1回程度実施
- ・開催方法：原則、個別で実施
- ・主な内容：県及びキャリアコーディネーターとの面談

(6) その他必要と認められるもの

4 プランの充実等

県は、プランの更なる充実に向けて、プランの適用対象者の意見を参考に、卒前支援プロジェクトの拡充等や大学の地域医療に関するカリキュラムとの連携した取組みの実施等に努めるものとする。

第3 プランの手続き

1 プランの適用の同意

このプラン適用対象者は、プランの適用について「長崎県キャリア形成卒前支援プラン適用同意書」(様式2)を知事に提出するものとする。

2 プランの休止

やむを得ない事由によりこのプランの適用を続けることが困難と認められる場合は、プランの適用を休止することを可能とする。

ただし、休止中であっても、卒業後はキャリア形成プログラムが適用される。

(様式2)

年 月 日

長崎県知事 様

長崎県キャリア形成卒前支援プラン適用同意書

氏 名 印

大学名

私は、長崎県キャリア形成卒前支援プラン（長崎県が策定した医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画）に同意し、当該プランに定められた卒前支援プロジェクトの履行に真摯に取り組めます。

※ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

令和 年 月 日

長崎県知事 大石 賢吾 様

申請者の 住 所

電話番号

氏 名

生年月日

年 月 日生

長 崎 県 医 学 修 学 資 金 貸 与 申 請 書

長崎県医学修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、貸与決定後は、長崎県医学修学資金等貸与条例及び長崎県医学修学資金等貸与条例施行規則に定められた事項を遵守することを誓います。

貸与総額	金	円也	貸与期間	令和5年4月から 令和6年3月まで(1ヶ年)		
在学している大学名	大学		入学年月日	年	月	日
高等学校入学後の学歴	年 月		高校卒業	年 月		大学入学
	年 月			年 月		
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職業(勤務先) 学校(学年)		年収(税込)
帰省先住所	〒					TEL() -

推 薦 書

下記の者は、学業成績優秀、かつ志操堅固であり、また将来、知事が指定する医療機関等に勤務する医療職員となるに相応な人物でもあり、長崎県医学修学資金の貸与を受けるのに最も適当な人物であることを認め、責任をもって推薦いたします。

記

貸与を受けようとする者の

1 氏 名

2 生年月日 年 月 日

3 住 所

年 月 日

貸与を受けようとする者の在学する

学校所在地

学 校 名

職 氏 名

長崎県知事 大石 賢吾 様

誓 約 書

私は長崎県医学修学資金を貸与されましたからには、離島へき地医療に従事する医師を養成する本修学資金貸与制度の趣旨を忘れることなく、在学中は学生の本分を立派に果たすとともに、卒業後は長崎県の離島へき地医療に従事することを誓います。

令和 年 月 日

現住所

本人氏名

(年 月 日生)

上の者に誓約書の内容を堅く守らせませぬことは勿論、在学中に関する一切の責任は私どもが引き受けます。

令和 年 月 日

現住所

保証人

(本人との続柄)

年 月 日生

現住所

保証人

(本人との続柄)

年 月 日生

長崎県知事 大石 賢吾 様

様式第3号（第2条関係）

令和 年 月 日

長崎県知事 大石 賢吾 様

連帯保証人 住所
職業
氏名
年 月 日生
本人との
関 係

連帯保証人 住所
職業
氏名
年 月 日生
本人との
関 係

保 証 書

下記の者が医学修学資金の貸与を受けたうえは、その連帯保証人となり、長崎県医学修学資金等貸与条例及び長崎県医学修学資金等貸与条例施行規則に従い、下記の者と連帯して債務を負担します。

記

在学している大学名

大学

住所

氏名

年 月 日生

令和5年度貸与希望額調

項 目		金額（年額）	円	備 考	
1. 授 業 料			円		
2. 入 学 料 (今春入学者のみ記載のこと)			円		
3. 専門課程における学習図書購入費 (3年次以降年額20万円以内)			円		
4. 生 活 費 (月額7万円以内)			円	月額 円	
合 計 (1+2+3+4)			円		
振込先	銀行	支店 出張所	口座	普通 当座	口座 番号

大学名

住 所

フリガナ
氏 名

印

様式第5号（第4条関係）

長崎県医学修学資金借用証書

令和 年 月 日

長崎県知事 大石 賢吾 様

決定番号第 号

借受人 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

長崎県医学修学資金貸与条例に基づく令和5年度修学資金を次のとおり借用します。

借用金額 金 円

貸与期間 令和5年4月から令和6年3月まで

（注）連帯保証人の押印する印章は、印鑑証明のあるものとする。

(様式1)

年 月 日

長崎県知事 様

長崎県キャリア形成プログラム適用同意書

氏 名 印

大学名

私は、長崎県キャリア形成プログラム（長崎県が策定した医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画）に同意し、当該プログラムに定められた医療機関等における業務に従事します。

※ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

(様式2)

年 月 日

長崎県知事 様

長崎県キャリア形成卒前支援プラン適用同意書

氏 名 印

大学名

私は、長崎県キャリア形成卒前支援プラン（長崎県が策定した医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項第1号の規定及びキャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号）に基づく計画）に同意し、当該プランに定められた卒前支援プロジェクトの履行に真摯に取り組みます。

※ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

