

<p>将来、どのような医師になりたいかとその理由 ※医師としてのキャリアパスを含めて記入すること</p>	
<p>希望する臨床研修病院</p>	<p>※複数ある場合は複数記入。未定の場合は「〇〇地区の病院」又は「未定」と記入</p>
<p>医師修学資金の貸与が必要な理由及びその使用用途</p>	
<p>制度の理解 (該当する場合レ点を付す) ※修学資金が返還免除となる要件や、修学資金を返還することとなった場合の利息など</p>	<p><input type="checkbox"/> 理解した</p>

(注1)「希望する修学資金」については、申請時に第1希望のみで申請した場合でも、現時点で希望がある場合には、第2希望まで記入してください。

(注2)「希望する診療科」については、地域医療従事医師確保修学資金の場合は、現在希望している診療科を記入し、特定診療科医師確保修学資金の場合は、小児科・産婦人科・放射線科・麻酔科・救急医療から選んで記入してください。

提出期限

令和7年6月6日(金)【**期限厳守・募集期間最終日の消印まで有効**】

提出先

〒990-8570

山形市松波二丁目8番1号 山形県健康福祉部医療政策課

電話：023-630-3159

FAX：023-630-2301