

## 平成31年度足寄町医師等修学資金修学生募集のご案内

足寄町では、将来医師又は看護師等として足寄町に勤務を希望する方に対し、修学資金の貸付を行っております。

### 1 応募資格

- 大学において医学を専攻し、将来足寄町に医師として勤務しようとする方
- 看護師等として、将来足寄町に勤務しようとする方

### 2 募集人員

○医師 1名      ○看護師等 2名

### 3 貸与金額

○医師 月額 200,000円以内

○看護師等 月額 100,000円以内

### 4 申込時提出書類

- ・申請書（様式第1号）

※足寄町ホームページよりダウンロードできます。

- ・成績証明書

※申し込み書類受理後、申請に係る書類等の提出について改めて連絡します。

### 5 償還方法

○医師～医師免許取得後6年以上18年以内の期間

○看護師等～看護師等免許取得後3年以内の期間

### 6 償還猶予

○医師～足寄町に勤務し医師としての業務に従事するとき等

○看護師等～免許取得又は卒業後足寄町に勤務し看護師等としての業務に従事するとき等

### 7 償還免除

○医師～医師免許取得後18年以内に医師として貸付を受けた期間在職したとき全額免除 外一部免除規定あり

○看護師等～免許取得又は卒業後看護師等として貸付を受けた期間の1.5倍の相当期間在職したとき全額免除 外一部免除規定あり

### 8 申込期限 平成30年11月30日(金)

### 9 面接 12月を予定しています。日時は、別途案内します。

### 10 申込・問い合わせ先

足寄町役場福祉課保健福祉室保健推進担当

〒 089-3797 北海道足寄郡足寄町北1条4丁目48番地1

TEL 0156-25-2141（内線140角野）・0156-25-2571

FAX 0156-25-9201

※ 整理番号 決定番号 第 年度号

足寄町医師等修学資金貸付申請書									
(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日		修学資金貸付希望	月額 円		
				期間 年 月 日から 年 月 日まで					
在学々校	名称		第 学年	通学方法	電車、自動車等		時間	分	
	所在				電バス	自転車			
戸表 籍の 示	本 籍				戸籍の 筆頭者				
家族の住所									
本人の住所		学寮 下宿方							
家族の状況 (主たる家計支 持者に○印、 別居者×印)	続柄	氏 名	年 令	職 業	勤 務 先	月 収	摘 要		
本資金貸付申請の理由（具体的に記入すること。）									

上記のとおり修学資金の貸付を受けたく申請いたします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

連絡先

足寄町長 安久津 勝彦 様