

# 奨学金受給意向調査書

福井県では、福井大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱにおける「地域枠（福井健康推進枠）」の入学者であり、将来福井県で地域医療に従事することを確約できる方に対して修学資金を貸与します。「地域枠（福井健康推進枠）」による入学者にはこの修学資金が貸与され、『キャリア形成卒前支援プラン』への参加および卒業後は『福井県医師確保修学資金 奨学生の卒後勤務に関する考え方』に基づき、福井県内の臨床研修病院および指定医療機関において9年間勤務して頂くことになります。

このため、修学資金の受給意向および地域医療に貢献することの確約等についてお聞きします。なお、修学資金の受給意向については、県から福井大学に情報提供します。

## 修学資金の概要

- (1) 名称 福井県医師確保修学資金
- (2) 対象者 令和7年度福井大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ  
(地域枠（福井健康推進枠）の入学者)
- (3) 貸与人数 10名
- (4) 貸与期間 6年間
- (5) 貸与額 入学時 382,000円、在学中 毎年1,735,800円、6年間合計 10,796,800円  
(福井大学における入学料 282,000円と毎年の授業料 535,800円に、入学時の費用として10万円、生活費として月10万円を加えたもの)

## (6) 返還免除条件

次のいずれかに該当するときは、修学資金の全部の返還が免除されます。

イ 次のいずれにも該当するとき。

- ① 大学を卒業した日から2年以内に医師免許を取得すること。
- ② 医師免許を取得した後直ちに県内の臨床研修病院で臨床研修を受けること。
- ③ 臨床研修を修了した後引き続き指定医療機関において医師として勤務し、臨床研修を受けた期間と指定医療機関で勤務した期間とを合計した期間が9年に達すること（原則として臨床研修を除く7年間のうち少なくとも3年間は嶺南地域、2年間は奥越地域、丹南地域または坂井・三国地域の指定医療機関での勤務が必要です。）。

ロ 業務上の理由により死亡し、または業務に起因する心身の故障により、臨床研修を受けることができなくなったときまたは医師として勤務することができなくなったとき。

「令和7年度 福井県医師確保修学資金のご案内」に詳細を掲載しておりますので、必ずご確認ください。

(以下、自筆で記入してください。)

## 1 福井県医師確保修学資金の受給意向の確認

私は、福井大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱにおける「地域枠（福井健康推進枠）」に合格し、入学した場合、福井県医師確保修学資金を受給し、『キャリア形成卒前支援プラン』への参加および卒業後は『福井県医師確保修学資金 奨学生の卒後勤務に関する考え方』に基づき、福井県内の臨床研修病院および指定医療機関において9年間勤務します。

上記誓約できる方は、氏名欄に署名してください。

(本人自署) 氏 名 \_\_\_\_\_

## 2 所 信

《本修学資金の貸与を受けると、卒業後9年間、福井県内の臨床研修病院および指定医療機関で勤務することとなります。地域医療に従事したいと思う理由とどのような医師となり、地域医療に貢献していきたいか記述してください。》

・福井県内において医師が不足している地域（嶺南、奥越、丹南、坂井・三国）で医療に従事したいと思う理由																	

・どのような医師となり、地域医療に貢献していきたいか																	

上記のとおり提出します。

令和 年 月 日 日

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日生(満 歳)

出身学校 \_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 高等学校

\_\_\_\_\_ 令和 年 月 (卒業・卒業見込)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

《個人情報提供に関する同意》

この奨学金受給意向調査書に記載した情報について、福井大学医学部医学科「地域枠（福井健康推進枠）」入学者選抜のため、福井大学医学部入試担当部署に提供することに同意します。

\_\_\_\_\_ (本人自署) 氏 名