
令和6（2024）年度
栃木県医師修学資金
追加募集要項

栃木県 保健福祉部 医療政策課
（とちぎ地域医療支援センター）

目次

1. 募集期限.....	1
2. 応募資格.....	1
3. 募集人員.....	1
4. 貸与金額.....	1
5. 貸与期間.....	1
6. 返還免除の条件.....	2
(1) 栃木県内での臨床研修について.....	2
(2) 栃木県内の医療機関での勤務について.....	2
7. 修学資金の返還.....	5
8. 選考方法.....	5
9. 応募方法.....	5

1. 募集期限

令和6（2024）年5月17日（金）まで（応募書類必着）

2. 応募資格

全国の医学生（学年は問いません）又は令和6（2024）年度大学医学課程合格者

ただし、将来、**産科医、小児科医又は救急科医**として栃木県内の公的医療機関等に勤務する意思のある方に限ります。

なお、貸与を受けるため又は返還免除を受けるための条件として一定期間の勤務が条件となっている他の奨学金の貸与を受けている場合及び貸与を受ける予定のある場合は、応募することができません。

3. 募集人員

1名

4. 貸与金額

年間300万円（月額25万円×12月）

令和6（2024）年度入学者の場合は、入学金相当額（上限100万円）を加算します。

貸与する修学資金は、3か月分（75万円）を一括して、6月、7月、10月、1月の各月末日に口座振込により交付する予定です。また、入学金相当額については、6月に併せて交付します。なお、休日等により、振込日が前後することがあります。

5. 貸与期間

原則として、貸与決定の年度から大学卒業の年度まで

貸与手続は年度ごとに行います。継続貸与の手続の一環として面接を行い、近況や今後の計画等をお聞きしますが、本人からの辞退など特別な事情がない限り、大学の正規の修業年限の範囲内（最短の修業年限ではありません。）であれば、原則として卒業まで継続して貸与します。

ただし、学業成績、健康状態等から卒業が難しいと思われる場合などは、貸与されない可能性があります。

6. 返還免除の条件

修学資金の返還免除を受けるためには、栃木県内で臨床研修を行い、その後修学資金貸与年数の2倍に2年を加えた期間が経過するまでに、栃木県内の公的医療機関等において、産科医、小児科医又は救急科医として修学資金貸与年数の1.5倍の期間勤務することが必要です。

なお、従事すべき診療科については、修学資金の貸与決定時に指定することとします。貸与決定後に従事すべき診療科を変更することは認められませんので、留意してください。

(1) 栃木県内での初期臨床研修について

医師免許を取得した後の2年間の初期臨床研修は、栃木県内の病院で実施する必要があります。研修先の病院は、栃木県内にある初期臨床研修病院の中から自ら希望病院を選択し、医師臨床研修マッチングに参加して決定していただきます。

(2) 栃木県内の医療機関での勤務について

返還免除を受けるために勤務する医療機関は、毎年度、栃木県と本人とで面談を実施し、地域における医師の不足状況などを勘案いただいた上で、本人が選択することとなります。

●勤務する医療機関

栃木県医師修学資金貸与条例の規定により、修学資金の返還免除の条件となる医療機関は、医療法第31条に規定する公的医療機関及びこれに準ずるものとして規則で定める病院（令和6年2月時点では「災害拠点病院」、「へき地医療拠点病院」及び「地域医療支援病院」）となります。

このうち、現時点で産科、小児科又は救急科の各科で返還免除の対象となる医療機関は以下のとおりですが、今後、栃木県内の医療提供体制の状況などにより変更される場合がありますので御注意ください。

区分	産科	小児科
公的医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 済生会宇都宮病院（宇都宮市） ・ 上都賀総合病院（鹿沼市） ・ 芳賀赤十字病院（真岡市） ・ 那須赤十字病院（大田原市） ・ 足利赤十字病院（足利市） ・ 佐野厚生総合病院（佐野市） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 済生会宇都宮病院（宇都宮市） ・ 上都賀総合病院（鹿沼市） ・ 芳賀赤十字病院（真岡市） ・ 那須赤十字病院（大田原市） ・ 足利赤十字病院（足利市） ・ 佐野厚生総合病院（佐野市） ・ 新小山市民病院（小山市） ・ 栃木県立リハビリテーションセンター （宇都宮市） ・ 那須南病院（那須烏山市）
災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域医療支援病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治医科大学附属病院（下野市） ・ 獨協医科大学病院（壬生町） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治医科大学附属病院（下野市） ・ 獨協医科大学病院（壬生町） ・ とちぎメディカルセンターしもつが（栃木市） ・ 国立病院機構栃木医療センター（宇都宮市） ・ 国立病院機構宇都宮病院（宇都宮市） ・ 地域医療機能推進機構うつのみや病院 （宇都宮市） ・ 国際医療福祉大学塩谷病院（矢板市）

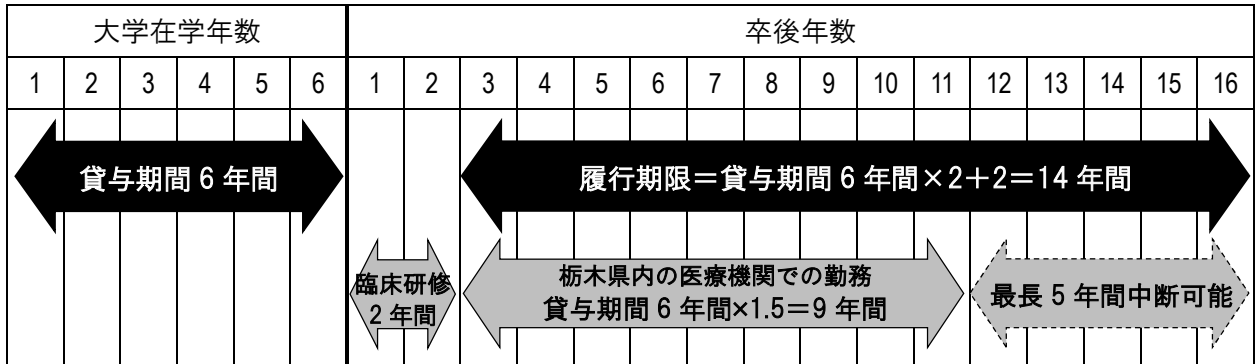
区分	救急科（※）
公的医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 済生会宇都宮病院（宇都宮市） ・ 上都賀総合病院（鹿沼市） ・ 芳賀赤十字病院（真岡市） ・ 那須赤十字病院（大田原市） ・ 足利赤十字病院（足利市） ・ 佐野厚生総合病院（佐野市） ・ 新小山市民病院（小山市） ・ 那須南病院（那須烏山市）
災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域医療支援病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治医科大学附属病院（下野市） ・ 獨協医科大学病院（壬生町） ・ とちぎメディカルセンターしもつが（栃木市） ・ 国立病院機構栃木医療センター（宇都宮市） ・ 国立病院機構宇都宮病院（宇都宮市） ・ 地域医療機能推進機構うつのみや病院（宇都宮市） ・ 獨協医科大学日光医療センター（日光市） ・ 日光市民病院（日光市） ・ 国際医療福祉大学塩谷病院（矢板市） ・ 佐野市民病院（佐野市）

●返還免除を受けるための勤務の履行期限

臨床研修終了後、修学資金貸与年数の2倍に2年を加えた期間が経過するまでに、修学資金貸与年数の1.5倍の期間の勤務を完了できる見込みがあれば、留学や出産・育児などを理由に一時的に勤務を中断することができます。

また、履行期限内に、専門研修プログラムを履修することも可能です。

(参考1) 大学6年間貸与を受けた場合の履行期限



(参考2) 県内公的医療機関等によるR5年度産婦人科専門研修プログラム

基幹病院	県内の連携病院
自治医科大学附属病院	栃木県立がんセンター、上都賀総合病院、芳賀赤十字病院、 那須赤十字病院、足利赤十字病院、佐野厚生総合病院
獨協医科大学病院	上都賀総合病院、那須赤十字病院、足利赤十字病院、済生会宇都宮病院

(参考3) 県内公的医療機関等によるR5年度小児科専門研修プログラム

基幹病院	県内の連携病院
自治医科大学附属病院	地域医療機能推進機構うつのみや病院、栃木県立リハビリテーションセンター、 芳賀赤十字病院、新小山市市民病院、那須赤十字病院
獨協医科大学病院	那須赤十字病院、国立病院機構宇都宮病院

(参考4) 県内公的医療機関等によるR5年度救急科専門研修プログラム

基幹病院	県内の連携病院
自治医科大学附属病院	芳賀赤十字病院、新小山市市民病院、佐野厚生総合病院
獨協医科大学病院	上都賀総合病院、那須赤十字病院、獨協医科大学日光医療センター、 とちぎメディカルセンターしもつが
済生会宇都宮病院	国立病院機構栃木医療センター

7. 修学資金の返還

返還免除の条件を満たさずに貸与契約が解除されたとき又は貸与機関が満了したときは、修学資金を一括して返還しなければなりません。なお、返還に当たっては、利息（年10%）が加算されます。また、修学資金の返還の必要が生じた場合において、返還期日までにこれを返還しなかったときは、延滞金（年14.6%）を支払わなければなりません。

返還に関する諸条件は、栃木県医師修学資金貸与条例及び同条例施行規則の規定のとおりですが、主な返還事由は次のとおりです。

- ① 大学を退学したとき
- ② 大学卒業後、医師国家試験に2年連続で不合格となったとき
- ③ 栃木県内で初期臨床研修を実施しないとき
- ④ 履行期限内に、県内の公的医療機関等における業務従事を完了しなかったとき

8. 選考方法

書類審査及び面接審査により貸与を受ける者を決定します。

面接審査は、令和6（2024）年5月20日（月）～5月24日（金）の期間に栃木県庁で実施します。詳しい日時は、後日連絡します。

なお、選考結果は、同年5月末に文書にて応募者宛て通知します。

9. 応募方法

募集期限までに次の書類を郵送又は持参により提出してください（必着）。

応募書類	留意事項
① 修学資金貸与申請書 （別記様式第1号）	申請日時点において、申請者が未成年者である場合は、法定代理人（親権者又は後見人）の同意が必要となります。
② 誓約書 （別記様式第2号）	2名の連帯保証人の誓約が必要となります。 連帯保証人は、独立の生計を営む成年の者でなければなりません。また、原則として、連帯保証人2名のうち1名は、申請者が未婚であるときは両親、既婚であるときは配偶者としてください。
③ 推薦調書 （別記様式第3号）	在学している大学からの推薦書となります。 新入生については、大学入学後、速やかに提出してください。
④ 身上調書 （別記様式第4号）	学歴については小学校から記載してください。
⑤ 入学金の額を確認できる書類	入試要項の写しなど。 入学金相当額の貸与を申請する場合は提出してください。
⑥ 在学していることを証する書類	在学証明書など。 新入生については、大学入学後、速やかに提出してください。
⑦ 連帯保証人2名の印鑑登録証明書	令和6（2024）年1月以降に発行されたもの（各1通）を添付してください。

- 提出先 〒320-8501栃木県宇都宮市埴田1-1-20 県庁舎本館4階
栃木県 保健福祉部 医療政策課 地域医療担当（とちぎ地域医療支援センター）

10. その他（研修資金貸与）

本修学資金の貸与を受けた者で、かつ、修学資金の貸与期間が6年に満たない場合は、臨床研修期間において研修資金の貸与を受けることが可能です。

返還免除の要件及び返還に関する事項等は修学資金に準じます。

（参考）修学資金3年間、研修資金2年間の貸与を受けた場合の履行期限等

大学在学年数						卒後年数																	
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
			← 貸与期間 3年間 →					← 貸与期間 2年間 →		← 履行期限=貸与期間(3+2)年間×2+2=12年間 →													
							← 臨床研修 2年間 →		← 栃木県内の医療機関での勤務 貸与期間(3+2)年間×1.5=7.5年間 →								← 最長4.5年間 中断可能 →						

【注意】

※ 研修資金の貸与額は、貸与を行う年度の予算等により決定します。

修学資金貸与申請書

年 月 日

栃木県知事 福田 富一 様

住 所

氏 名

法定代理人 住 所

氏 名

栃木県医師修学資金の貸与を受けたいので、栃木県医師修学資金貸与条例第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 貸与を申請する栃木県医師修学資金の区分（該当するものを○で囲むこと。）

(1) 大学医学課程を対象とする栃木県医師修学資金

(2) 知事が指定する大学医学課程を対象とする栃木県医師修学資金

2 貸与申請額 月 額 円

入学金に相当する額 円

3 貸与申請期間 年 月から 年 月まで（ 年度分）

4 振込口座番号 銀行 支店

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

口座名義

5 大学名

6 専攻科目名（将来の進路とする診療科）

<記載例>

別記様式第1号 (第3条関係)

修学資金貸与申請書

令和6年××月××日

栃木県知事 福田 富一 様

申請日時点において、申請者が未成年者の場合は、法定代理人(親権者又は後見人)の同意が必要となります。 ※別記様式第2号「誓約書」の1人目の保証人と一致させてください。

住所 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
〇〇マンション〇〇号

氏名 栃木 太郎

法定代理人 住所 栃木県△△市△△町△丁目△番△号

氏名 栃木 一郎

栃木県医師修学資金の貸与を受けたいので、栃木県医師修学資金貸与条例第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 貸与を申請する栃木県医師修学資金の区分(該当するものを○で囲むこと。)

(1) 大学医学課程を対象とする栃木県医師修学資金

(2) 知事が指定する大学医学課程を対象とする栃木県医師修学資金

定額で月額25万円(年額300万円)となります。

2 貸与申請額 月額 250,000円

新入生のみ申請できません。100万円が上限です。

入学金に相当する額 1,000,000円

3 貸与申請期間 令和6年4月から令和〇〇年3月まで(うち令和6年度分)

貸与期間は、大学卒業までとなります。

4 振込口座番号

銀行 支店

次年度以降の継続貸与に当たっては、その時期になりましたら別途お知らせします。

口座番号 普通 1 2 3 4 5 6 7

フリガナ トチギ タロウ

口座名義 栃木 太郎

普通預金の口座としてください。 ゆうちょ銀行を振込先にする場合は、振込用の店名、預金種別、口座番号を記入してください。 ※振込先の口座名義人が申請者本人と異なる場合、委任状の提出が必要です。(参考様式は、県ホームページに掲載しています。)

5 大学名 〇〇大学医学部

6 専攻科目名(将来の進路とする診療科) 〇〇科

産科、小児科又は救急科の別を記載してください。

別記様式第2号（第3条関係）

誓 約 書

私は、修学資金の貸与を受けるに当たり、学生としての本分を尽くすとともに、栃木県医師修学資金貸与条例（以下条例という。）及び栃木県医師修学資金貸与条例施行規則（以下「規則」という。）の規定並びに修学資金貸与申請書に記載した事項を遵守することを誓約します。

なお、条例及び規則の規定並びに修学資金貸与申請書に記載した事項に違反した場合には、貸与契約を解除されても異議ありません。

年 月 日

栃木県知事 福 田 富 一 様

(申請者)

住 所

氏 名

年 月 日生

私どもは、上記申請者の保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

(保証人)

住 所

氏 名

㊞

申請者との関係

電話番号

年 月 日生

(保証人)

住 所

氏 名

㊞

申請者との関係

電話番号

年 月 日生

<記載例>

別記様式第2号 (第3条関係)

誓 約 書

私は、修学資金の貸与を受けるに当たり、学生としての本分を尽くすとともに、栃木県医師修学資金貸与条例（以下条例という。）及び栃木県医師修学資金貸与条例施行規則（以下「規則」という。）の規定並びに修学資金貸与申請書に記載した事項を遵守することを誓約します。

なお、条例及び規則の規定並びに修学資金貸与申請書に記載した事項に違反した場合には、貸与契約を解除されても異議ありません。

令和6年××月××日

栃木県知事 福 田 富 一 様

(申請者)

住 所 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
〇〇マンション〇〇号

氏 名 栃 木 太 郎

〇〇年 〇月 〇日生

私どもは、上記申請者の保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

原則として、
申請者が未婚であるときは両親、
申請者が既婚であるときは配偶者。
※申請者が未成年者の場合、別記様式第1号「修学資金貸与申請書」の法定代理人と一致させてください。

(保証人)

住 所 栃木県△△市△△町△丁目△番△号

氏 名 栃 木 一 郎

申請者との関係 父

電話番号 XXX-XXX-XXXX

△△年 △月 △日生

印

成年者であって、独立の生計を営む方としてください。

(保証人)

住 所 栃木県▽▽市▽▽町▽丁目▽番▽号

氏 名 栃 木 二 郎

申請者との関係 叔父

電話番号 XXX-XXX-XXXX

▽▽年 ▽月 ▽日生

印

印鑑登録証明書と同一の印鑑で押印してください。
※2名の連帯保証人の印鑑登録証明書を添付して提出してください。

別記様式第3号（第3条関係）

推 薦 調 書

学部学年

学生氏名

上記の者は、栃木県医師修学資金貸与条例第3条第1項の規定に該当し、修学資金の貸与を受けることがふさわしい者として推薦します。

年 月 日

栃木県知事 福 田 富 一 様

大学所在地

大学名

学長氏名

⑩

電話番号

<記載例>

別記様式第3号（第3条関係）

推 薦 調 書

学部学年 医学部1年

学生氏名 栃木太郎

上記の者は、栃木県医師修学資金貸与条例第3条第1項の規定に該当し、修学資金の貸与を受けることがふさわしい者として推薦します。

令和6年××月××日

栃木県知事 福田富一様

栃木県医師修学貸与条例
(貸与の対象)

第3条 修学資金の貸与の対象となる者は、
大学医学課程に在学する学生で、将来公的
医療機関等において小児科又は産科の業
務に医師として従事しようとするものと
する。

大学所在地 ○○県○○市○○町△丁目△番△号

大学名 ○○大学

学長氏名 ○○ ○○

印

電話番号 XXX-XXX-XXXX

別記様式第4号 (第3条関係)

身 上 調 書

年 月 日現在

写真貼付	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	現 住 所			
	連 絡 先	電話番号： E-mail：		

年号	年	月	学歴・勤務歴・免許・賞罰など種類別にまとめて書くこと。

<記載例>

別記様式第4号（第3条関係）

身 上 調 書			令和6年××月××日現在
令和6（2024）年1月以降に撮影した写真を貼付してください。			
写真貼付	ふりがな	とちぎ たろう	生年月日 〇〇年 〇月 〇日
	氏 名	栃 木 太 郎	
	現 住 所	栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇マンション〇〇号	
	連 絡 先	電話番号：XXX-XXXX-XXXX E-mail： tochigitaro@tochigi.jp	
年号	年	月	学歴・勤務歴・免許・賞罰など種類別にまとめて書くこと。
平成	〇	3	〇〇市立〇〇小学校卒業
平成	〇	3	〇〇市立〇〇中学校卒業
令和	〇	3	〇〇県立〇〇高等学校卒業
令和	〇	4	〇〇大学医学部入学
住民票に登録された住所ではなく、実際に居住しているところを記載してください。 なお、寮やマンションの場合は、名称と部屋番号も省略しないで記載してください。			栃木県から、修学資金の手続や医学生向けの行事などについてお知らせするメールを送信する場合があります。あらかじめ栃木県からのメール（@pref.tochigi.lg.jp）が受信できるようにメールフィルター等の設定を変更しておいてください。

<お問い合わせ先>

栃木県 保健福祉部 医療政策課 地域医療担当（とちぎ地域医療支援センター）

栃木県宇都宮市埜田1-1-20 県庁舎本館4階

TEL：028-623-3145 FAX：028-623-3131 E-mail：tic@pref.tochigi.lg.jp