

業務従事（研修）証明書

三重県知事 宛て

本人が  
ご記入  
下さい

申請者住所 三重県津市〇〇町〇〇番地  
〇〇〇マンション101号室  
氏名 三重 太郎  
決定番号 2014-01  
電話番号（携帯） 090-〇〇〇〇〇〇〇〇  
メールアドレス 〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp

三重県医師修学資金貸与規則第18条第3項の規定により、下記のとおり提出します。  
なお、本証明書について、関係医療機関から三重県知事へ提出すること及び必要な範囲内で関係医療機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

氏名	三重 太郎
生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
医籍登録番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号
勤務（研修）期間及び月数	令和5年4月1日 ～ 令和6年3月31日（12カ月）
勤務（研修）期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由	令和5年7月1日 ～ 令和5年7月31日（1カ月） (理由) (例) 病気休暇による。産前産後休暇による。 育児休業による。
備考	※非常勤勤務の場合は勤務日数等を記載してください。 (例) 週1回勤務 など

本人が  
ご記入  
下さい

医療機関で  
ご記入下さい

上記の者は、当施設において次のとおり（業務に従事 ・ 研修）していたことを証明します。

令和6年4月15日

所在地 : 三重県〇〇市〇〇町〇〇〇  
医療機関名 : 〇〇〇病院  
代表者 : 院長 〇〇〇〇

事務担当者	担当部署名	事務部総務課	職・氏名	係長 〇〇 〇〇
	電話番号	059-***-****	eメール	〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp

※ 本証明書の提出は、医療機関からeメール又は郵送等で県に提出いただきますようお願いいたします。

●提出先 : 〒514-8570 三重県津市広明町13番地 三重県医療保健部医療人材課  
TEL : 059-224-2326

医師修学資金専用メールアドレス: shugaku01@pref.mie.lg.jp

eメールの場合は、個人情報保護のため、パスワードを設定する等の対応を行ってください。

※ 貸与者から県に本証明書が提出された場合は、医療機関に内容を確認させていただく場合があります。

※ 本証明書は、修学資金返還免除申請時の証明書類（勤務又は研修の状況等を証明する書類）として必要です。提出等が無い場合、返還免除が認められないことがありますので、十分ご注意ください。

※ 毎年、3月31日現在の状況を4月30日までに提出してください。

（年度途中で勤務（研修）先を変更した場合は、変更前の状況を30日以内に提出してください。）