

記載例

修学資金等貸与申請書

申請日は令和8年4月1日以降と  
してください。

令和8年○月×日

栃木県知事 様

寮やマンションなどの場合は、名称  
と部屋番号も省略せずに記入して  
ください。

住所 栃木県下都賀郡壬生町○○ ○番地  
○○マンション○号  
氏名 栃木 太郎

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等貸与条例第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
- (3) 栃木県医師研修資金

2 貸与申請額 授業料に相当する額（年額） 3,500,000円  
 入学金に相当する額 1,000,000円

3 貸与申請期間 令和8（2026）年4月から令和14（2032）年3月まで（うち令和8年度分）

4 振込口座番号 ○○銀行 △△支店

口座番号 普通 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(ふりがな) とちぎ たろう

口座名義 栃木 太郎

5 大学名 獨協医科大学

振込口座は、普通預金口座をお願いします。なお、ゆうちょ銀行を振込先にする場合は、振込用の店名、口座番号等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、別途「委任状」を提出してください。

6 専攻科目名（将来の進路とする診療科）

内科、産婦人科など

現時点での希望を記入してください。今後変更しても差し支えありません。未定の場合は、未定と記入してください。

# 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等貸与条例（以下「条例」という。）及び栃木県医師修学資金等貸与条例施行規則（以下「規則」という。）の規定並びに修学資金等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等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8年××月××日

栃木県知事 様

※参考

○栃木県医師修学資金等貸与条例

（貸与契約の解除及び貸与の休止）

第8条 知事は、借受者が修学資金の貸与期間中に次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、貸与契約を解除するものとする

（略）

(2) 退学し、又は臨床研修を中止したとき

（略）

(4) 貸与契約に定められた貸与の条件に違反したとき

（略）

（返還等）

第9条 修学資金等及び利息は、前条第1項の規定により貸与契約が解除されたとき（略）は、知事の定める日までに一括して返還し、及び支払わなければならない。

(申請者) 住所 栃木県下都賀郡壬生町〇〇 〇番地  
〇〇マンション〇号

氏名 栃木 太郎

平成〇〇年〇〇月〇〇日生

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。

(保証人) 住所 栃木県宇都宮市塙田△丁目△番△号

氏名 栃木 丸男

Ⓜ

申請者との関係 父

電話番号 XXX-XXX-XXXX

昭和△△年△△月△△日生

原則として、  
申請者が未婚であるときは両親のいずれか  
申請者が既婚であるときは配偶者

(保証人) 住所 栃木県宇都宮市塙田▽丁目▽番▽号

氏名 栃木 瑠璃子

Ⓜ

申請者との関係 伯母

電話番号 XXX-XXX-XXX

昭和▽▽年▽▽月▽▽日生

成年者であって、独立の生計を営む  
方としてください。

※2名の連帯保証人の印鑑登録証明書  
(令和8年1月以降に発行されたもの)  
を添付して提出してください。

印鑑登録証明書と同一の印鑑（実印）で押印してください。

<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等貸与条例第3条第2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8年××月××日

栃木県知事

様

※参考

○栃木県医師修学資金等貸与条例  
(貸与の対象)

第3条 略

2 前項に規定するもののほか、地域医療の  
充実に必要な医師の養成及び確保を緊急  
に図るため特に必要があると認められる  
ときは、知事が指定する大学医学課程に在  
学する学生で、将来公的医療機関等におい  
て医師として業務に従事しようとするも  
のに対し、修学資金を貸与することができ  
る。

○知事が指定する大学医学課程  
獨協医科大学医学部医学科

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

