

令和8年度臨床研修医研修資金貸与者の選考方法について

○小論文

(1) テーマ

「長野県への医師定着を促進する方策」

(2) 文字数

2,000字以内

(3) 提出期限

令和8年4月16日（木）まで【必着】

(4) 提出方法

ワード形式の電子データにより、電子メールで shugaku@pref.nagano.lg.jp に送付

○オンライン面接（Zoom 使用）

(1) 日時

令和8年4月19日（日） 予定

(2) その他

- ・詳細につきましては申込受付期間終了後、お申込みいただいた方へ別途お知らせいたします。

■ 選考結果のお知らせ

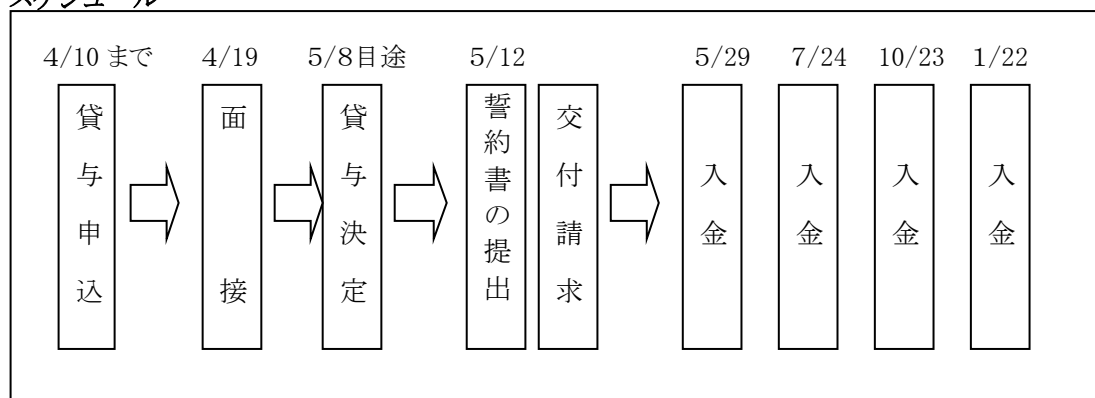
貸与決定の有無に関わらずに、選考結果を5月8日(金)を目途に通知します。

■ 貸与手続き

貸与が決定された方は、次の書類を5月12日(火)【必着】までに、医師・看護人材確保対策課あて郵送又は持参してください。

- (1) 誓約書(様式第3号、本人及び連帯保証人の押印が必要です。)
- (2) 請求書(様式第4号)

■ スケジュール



■ 臨床研修終了後のモデル(2年間貸与を受けた場合)

	1 年	2 年	3 年	4 年
勤 務 先	専門性に関する研修 (原則として、県内医療機関) + 県内の公立・公的病院等			

■ 臨床研修後の勤務先

(1) 専門性に関する研修(専門研修)

本人の希望をお聞きし、県内の医療状況等を考慮して3年間を限度に、県内の医療機関での専門研修を認めます。なお、特に必要と認める場合には、県外等での研修を認めることがありますが、この場合は、義務年限から除外されます。

(2) 専門研修以外の従事

本人の希望をお聞きし、県内の医療状況等を考慮して、長野県内の医療機関の指定診療科(産科・小児科・外科)を指定します。

【従事することが指定される主な医療機関】 ※R7.3.15 時点

公立医療機関

(県立病院) こころの医療センター駒ヶ根、阿南病院、木曽病院、こども病院、信州医療センター、 総合リハビリテーションセンター
(市町村立・一部事務組合立病院等) 佐久市立国保浅間総合病院、佐久穂町立千曲病院、軽井沢町立軽井沢病院、東御市民病院、依田窪 病院、岡谷市民病院、諏訪中央病院、伊那中央病院、昭和伊南総合病院、町立辰野病院、飯田市立 病院、国保会田病院、松本市立病院、市立大町総合病院、長野市民病院、町立信越病院、町立飯綱 病院など
(国立病院機構) 小諸高原病院、信州上田医療センター、まつもと医療センター、東長野病院

公的医療機関

(長野県厚生農業協同組合連合会(JA長野厚生連)) 佐久医療センター、浅間南麓こもろ医療センター、北アルプス医療センターあずみ病院、長野松代総 合病院、北信総合病院、鹿教湯三才山リハビリテーションセンター、南長野医療センター新町病院、南 長野医療センター篠ノ井総合病院、富士見高原医療福祉センター富士見高原病院、下伊那厚生病院 ほか分院など
(日本赤十字社) 川西赤十字病院、諏訪赤十字病院、下伊那赤十字病院、安曇野赤十字病院、長野赤十字病院、飯山 赤十字病院

■ 返還が生じる場合

被貸与者が以下のいずれかに該当した場合は、貸与を受けた研修資金の額に、貸与を受けた日の翌日
から返還事由が生じた日までの日数に応じ年 10%の割合で計算した利息を加えた額の全部を一括で返
還していただきます。

- 臨床研修を中止した場合
- 研修資金の貸与を辞退した場合
- 指定医療機関における指定診療科の業務に従事しなかった場合 他

■ 返還免除

指定医療機関において指定診療科の業務に従事し、その期間が貸与期間の2倍に相当する期間に達し
たときに、研修資金の返還を免除します。2年間貸与を受けた場合は、4年間(2年間×2)を指定医
療機関で指定診療科の業務に従事すると返還が免除されます。

■ 貸与決定後

県では、貸与者の方の医師としてのキャリア形成を支援するため、定期的に面談を実施しています。
この他にも、県内の医療情報などの提供や研修会・意見交換会の開催を予定しています。

■ 義務年限の中断について

- 出産等による義務年限の中断は可能です。
- 法定休暇である「産前産後休暇」は、義務年限に含みます。
- 「育児休業」、「介護休業」は義務年限に含みませんので、その期間は義務年限が延長になります。

(様式第1号) (第6条関係)

長野県臨床研修医研修資金貸与申請書

年 月 日

長野県知事 殿

本人氏名

連帯保証人氏名

印

長野県臨床研修医研修資金貸与規程（平成21年長野県告示第155号）の規定に基づく研修資金の貸与を受けたいので、同規程第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(電話番号)	出身大学	大学 学科 年 月卒業
臨床 研修	プログラ ムの名称		
	中心とす る診療科	産婦人科 小児科 外科 (いずれかに○)	研修期間 年 月から 年 月まで
申請理由（臨床研修修了後の就業等についての意見を含む。）			
連帯 保証 人	氏名	生年月日	年 月 日生
	住所	(電話番号)	本人 との 続柄
	職業	年収	
備考			

(様式第2号) (第6条関係)

推 薦 書

年 月 日

長野県知事 殿

臨床研修病院の開設者又は管理者

所在地

氏 名

印

下記の者は、本院で研修中であり、身体強健で、人物学業ともに優れ、将来知事が指定する長野県内の医療機関で分べんを取り扱う産科又は小児科、外科の医師として携わる意欲及び見込みがありますので、長野県臨床研修医研修資金の貸与を受けることを適当と認めます。

記

氏 名

住 所

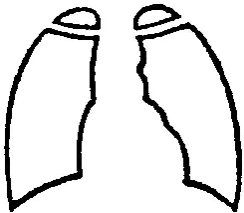
臨床研修プログラムの名称

中心とする診療科

(産婦人科 ・ 小児科 ・ 外科)

(健康診断様式)

健康診断書

※氏名		男女	※住所	
※生年月日	年 月 日生(歳)		※研修病院名	
既往症				
感 覚 器 } 呼 吸 器 } 循 環 器 } 消 化 器 } 運 動 器 } 神 經 系 } そ の 他 }	所見			
身長	. cm	体重	. kg	
視力	左 . 矯正(.)	聴力		
	右 . 矯正(.)			
胸部 X 線 検査	間接・直接 No. 月 日撮影	検尿	蛋白 (- ± + ++ +++)	糖 (- ± + ++ +++ +++)
	所見		ウロビリノーゲン (- ± + ++ +++)	
		血圧測定値	~	mmHg
その他の検査	(必要と認める場合)			
総合所見				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
検診機関 所在地				
機 関 名				
医 師 印				

(申請される方へ注意事項)

- 1 提出日前3ヵ月以内に受診したものを有効とします。
- 2 太枠内は受診前に記入してください。

長野県臨床研修医研修資金 調査票(その1)

氏名	
研修病院名	

この調査票は、長野県臨床研修医研修資金貸与者の選考にあたり参考とする項目を調査するものです。各質問に対する回答を記載してください。なお、本調査票は目的以外の使用はしません。

1 臨床研修先から支給される給与等の額を記載してください。

給与	円/月
手当 (当直手当 ・住宅手当等)	・ ・ ・

2 家族等から生活費の支援を受けていれば記載してください。(予定を含む。)

支援している方の氏名	
あなたとの関係	
支援を受けている額	円/月

3 家族の方全員の職業(勤務先)・年齢などを記載してください。

続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)	年収	備考
(例) 父	〇〇 〇〇	〇〇歳	(株)〇〇 役員	〇〇万円	

4 他の奨学金の借入れについて記載してください。

・借入の有無 (有 ・ 無 ・ 借入予定) 該当するものに○をしてください。

資金名称		
借入内容 (金額・期間・利率等)		
借入条件 (借入時、返済時)		

5 他の奨学金の返済について記載してください。

・返済の有無 (有 ・ 無) 該当するものに○をしてください。

資金名称		
返済額 (金額・期間・利息等)		

長野県臨床研修医研修資金 調査票(その2)

氏名	
研修病院名	

○研修予定のプログラム

※令和7年4月以降に自身が実際に受ける予定のプログラムを記載してください。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目												
2年目												

○上記の研修内容を希望した理由

【記載例】

(産婦人科のケース)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目		← 小児科 →			← 内科 →						← 救急 →	
2年目	← 地域医療 →	← 産婦人科 →		← 救急 →			← 小児科 →					

○上記の研修内容を希望した理由

本研修は小児科、産婦人科が必須選択研修とされています。小児科の研修期間をできるだけ多くしようと考えていますが、産婦人科を2か月程度は行う必要があると考え、小児科の研修は12か月としました。地域研修は小児科診療所又は地域病院で研修が可能ですが、小児科診療所を選択する予定です。

※ 臨床研修の募集案内等のプログラムの目標、プログラムの内容がわかる書類を添付してください。