

令和 7 年度珠洲市総合病院医療従事者修学資金貸与修学生募集要項

この制度は、珠洲市総合病院に勤務する医療従事者を確保することを目的とするとともに、『将来、皆さんに珠洲市の地域医療を担っていただきたい』という願いから実施しています。制度の趣旨を十分にご理解の上、将来の珠洲市の地域医療を背負っていただける“医療従事者を志す修学生”を募集します。

- 1 募集期間 令和 7 年 4 月 1 0 日（木）～令和 8 年 3 月 3 1 日（火）
ただし、定員に達した場合には募集を終了する場合があります。
- 2 募集職種 臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、言語聴覚士
- 3 募集人員 各職種 1 名
- 4 貸与額 月額 5 万円
- 5 応募資格
県内・県外の大学等医療職養成施設に在学し、卒業後直ちに資格免許を取得し、珠洲市総合病院に勤務する意志を有している方。
- 6 貸与期間
貸与決定の年月から在学する養成施設を卒業するまでの期間とします。
ただし、留年した場合などは貸与取り消しとなります。
- 7 修学資金の返還免除
次の 3 つの条件をすべて満たした場合は、修学資金の返還債務が免除されます。
①養成施設を卒業した日以後 1 年以内に免許を取得すること
②取得後直ちに珠洲市総合病院に就業すること
③貸与をうけた期間と同期間以上業務に従事すること
- 8 修学資金の返還
以下の条件にあてはまる場合は、修学資金を返還しなければなりません。
①修学資金の貸与を取り消されたとき
②養成施設を卒業した日後 1 年以内に免許を取得しなかったとき
③珠洲市総合病院に就業しなかったとき

9 申込み手続き

募集期間内に「珠洲市医療従事者修学資金貸与申請書（別記様式第1号）」に次の書類を添えて珠洲市総合病院事務局あてに提出してください。

（添付資料）

- ア 大学等養成施設長の推薦書
- イ 大学等養成施設における学業成績を証明する書類（修学年限が1年に満たない者にあつては、直前に在学した学校の学業成績証明書）
- ウ 健康診断書（エックス線胸部撮影の結果を明記したもので、申請の日前2ヶ月以内に受診したものに限る）
- エ 戸籍謄本（申請の日前2ヶ月以内に市区町村が発行したもの）

提出の際は、封筒に「珠洲市医療従事者修学資金貸与申請書在中」と明記のこと

○直接持参の場合

募集期間内（土日、祝日を除く）の午前8時30分から午後5時00分まで

○郵送の場合

簡易書留又は配達記録で郵送すること。

10 貸与の決定

貸与決定については、面接及び書類審査等の選考を行い、決定します。

11 面接日時及び場所

申請があった場合には速やかに面接日を設定し、珠洲市総合病院で行います。

【お問い合わせ先・申請書の送付先】

〒927-1213

石川県珠洲市野々江町2部1番地1

珠洲市総合病院 事務局 天満

TEL 0768-82-1181

FAX 0768-82-1191

Mail byouin@city.suzu.lg.jp

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

珠洲市長 様

申請者
住所
(フリガナ)
氏名
電話番号

珠洲市医療従事者修学資金貸与申請書

医療従事者修学資金の貸与を受けたいので、珠洲市医療従事者修学資金貸与規程第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

貸与を受けようとする金額(月額)		円
貸与を受けようとする期間		年 月から 年 月まで
申請者	生年月日・性別	年 月 日生 (男・女)
	学歴	年 月 中学校卒業 年 月 卒業
	従事予定職種	
	養成施設名等	名称 (学科 学年) 所在地 入学年月日 年 月 日入学 卒業予定年月 年 月卒業予定

連 帯 保 証 人	住所等	〒					
		電話番号					
	(フリガナ) 氏名 生年月日	年 月 日生					
	本人との続柄						
	職業 勤務先						
	年所得額	円					
家 族 の 状 況	氏名	続柄	年齢	同居・別 居の別	勤務先 職業	年所得額	備考

※ 必要書類を添付すること。