

医療機関管理者 殿

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課

東京都地域医療医師奨学金被貸与者に係る在職証明書作成のお願い

都では、将来、医師として、都内の医師の確保が必要な地域や診療科等に従事する強い意志を持つ学生に奨学金を貸与し、医師の確保に資することを目的とした「東京都地域医療医師奨学金」制度を実施しております。

奨学金の被貸与者は、初期臨床研修終了後、小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療のいずれかの領域で、都が指定する医療機関に一定期間、医師として従事した場合に、奨学金の返還が免除されます。

被貸与者が奨学金の返還免除を受けるためには、勤務先医療機関が発行する在職証明書の提出が義務付けられています。

つきましては、お手数をお掛けいたしますが、標記被貸与者の在職証明書の作成につき、御協力をいただきますようお願いいたします。

なお、作成に当たりましては、別紙「在職証明書【記載要領】」及び「記入例」を御参照いただきますようお願いいたします。

また、御不明な点等ございましたら、下記担当宛、御連絡をいただければと存じます。

#### 【作成いただく書類】

- 1 在職証明書
- 2 在職証明書に関する問合せ先

#### 【担当】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課人材計画担当

電 話 03-5320-4552（直通）

E-mail [S0000297@section.metro.tokyo.jp](mailto:S0000297@section.metro.tokyo.jp)

（メールにてお問い合わせの際には、件名に「医師奨学金」と記載いただきますようお願いいたします。）

## 在 職 証 明 書

- 1 氏名 ( )
- 2 医療機関及び所在地等
- (1) 医療機関名 ( )
- (2) 所属 ( )
- (3) 医療機関所在地 ( )
- 3 雇用内容
- (1) 雇用形態（該当する雇用形態を○で囲ってください）
- ア 常勤職員（専門研修プログラム専攻医は除く）
- イ 非常勤職員（専門研修プログラム専攻医は除く）
- ウ 専門研修プログラム専攻医
- エ その他 ( )
- (2) 勤務条件
- ア 勤務時間 ( 時間 分 / 日 )
- イ 勤務日数 ( 日 / 週・月 )
- ウ 給与（基本給） ( 円 / 日・月 )
- エ 専門研修プログラム名 ( )
- 4 在職期間 ( 年 月 日 から 年 月 日 まで )
- 5 特記事項 ( )

上記のとおり、在職していたことを証明する。

年 月 日

医療機関名

医療機関管理者職・氏名



在職証明書に関する問合せ先

医療機関名	
所在地	
電話番号	
担当部署	

- ※ 在職証明書の記載内容について確認がある場合に使用するものです。  
在職証明書を作成した部署についてご記入ください。

# 記入例

※医療機関がご記入ください（記載に当たっては、別紙「記載要領」をご参照ください。）。

## 在職証明書

1 氏名 ( 東京花子 )

2 医療機関及び所在地等

(1) 医療機関名 ( ○○○病院 )

(2) 所属 ( 小児科 )

(3) 医療機関所在地 ( 東京都新宿区西新宿2-8-1 )

3 雇用内容

雇用形態の定義については、「記載要領」をご確認ください。

(1) 雇用形態（該当する雇用形態を○で囲ってください）

ア 常勤職員（専門研修プログラム専攻医は除く）

イ 非常勤職員（専門研修プログラム専攻医は除く）

ウ 専門研修プログラム専攻医

エ その他 ( )

(2) 雇用条件

雇用条件の記載方法については、「記載要領」をご確認ください。

ア 勤務時間 ( 7時間 45分 / 日 )

週日数、月日数の該当する方に○をつけてください。

イ 勤務日数 ( 16日 / 週・月 )

ウ 給与（基本給） ( 393,600円 / 日・月 )

日給、月給の該当する方に○をつけてください。

エ 専門研修プログラム名 ( 小児科コース )

専門研修プログラム専攻医の場合のみ記入

4 在職期間 ( 年 月 日 から 年 月 日 まで )

5 特記事項 ( 令和×年×月×日から令和×年×月×日までは育児休業 )

出産・疾病等により1月以上の休業があった場合は、休業理由と休業期間を記入してください。

上記のとおり、在職していたことを証明する。

令和 ×× 年 × 月 × 日

「4 在職期間」の在職末日以降に証明書を作成してください。  
(退職前の証明日は不可)

医療機関名

○○○病院

医療機関管理者職・氏名

病院長 東京 太郎

印

## 在職証明書【記載要領】

### 1 氏名

在職証明書の発行を依頼された職員（以下「職員」という。）の氏名をご記入ください。

### 2 医療機関及び所在地等

#### (1) 医療機関名

貴医療機関名をご記入ください。

#### (2) 所属

職員が所属する診療科名をご記入ください。

#### (3) 医療機関所在地

貴医療機関の所在地をご記入ください。

### 3 雇用内容

#### (1) 雇用形態

##### ア 常勤職員

ここでは、貴医療機関が就業規則等で定めている1週間の就業時間すべてを勤務する正規職員とします（後期臨床研修医を除く）

##### イ 非常勤職員

ここでは、1月当たり16日（1日あたり勤務時間は常勤職員と同じ）以上勤務する場合とします。なお、アルバイトや日雇い、人材派遣などの（非正規職員）や専門研修プログラム専攻医、大学院生は除きます。

##### ウ 専門研修プログラム専攻医

##### エ その他

上記以外の雇用形態。雇用形態について、内容を具体的にご記入ください。

#### (2) 勤務条件

##### ア 勤務時間

就業規則又は雇用契約等で定められている職員の1日の勤務時間をご記入ください。  
（休憩時間は除く）

##### イ 勤務日数

就業規則又は雇用契約等で定められている職員の1日当たり又は1月当たりの勤務日数をご記入ください。また、「週」又は「月」の該当する方に「○」をつけてください。

##### ウ 給与

就業規則又は雇用契約等で定められている職員の1日当たり又は1月当たりの基本給をご記入ください（通勤手当、住宅手当等の諸手当は除く）。また、「日」又は「月」の該当する方に「○」をつけてください。

##### エ 専門研修プログラム名

専門研修プログラム専攻医の場合のみご記入ください。

### 4 在職期間

職員が在職していた期間をご記入ください。

### 5 特記事項

在職期間のうち、出産（産前産後休業を除く）や疾病等により、1月以上の休業などがある場合は、その理由と期間をご記入ください。

その他、特記事項があれば、ご記入ください。

### 6 在職証明書の発行

在職証明書は、貴医療機関管理者（病院長）名でご作成ください。また、貴医療機関管理者の印鑑を押印してください（私印は使用不可）。