

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就労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、毎年4月中又は勤務先等が変更になったときに、勤務先医療機関が作成する就労証明書を都に提出することが義務付けられております。

つきましては、お手数をお掛けいたしますが、被貸与者の就労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「就労証明書【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 就労証明書
- 2 就労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

（メールにてお問合せの際には、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。）

就 労 証 明 書

1 氏名 ()

2 医療機関及び所在地等

(1) 医療機関名 ()

(2) 所属診療科名 ()

(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を除く)

イ 非常勤職員 (専門研修プログラム専攻医を除く)

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 勤務を開始した日 (年 月 日)

5 特記事項 ()

上記のとおり、勤務していることを証明する。

年 月 日

医療機関名

医療機関管理者職・氏名

印

就労証明書に関する問合せ先

※ 就労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。
就労証明書を作成した部署をご記入ください。

医療機関名	
所在地	
電話番号	
担当部署	

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。）。

就 労 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) 所属診療科名 (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
- (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を除く）
- イ 非常勤職員（専門研修プログラム専攻医を除く）
- ウ 専門研修プログラム専攻医
- エ その他 ()

- (2) 雇用条件
- ア 勤務時間 (7時間 45分 / 日)
- イ 勤務日数 (16日 / 週 月)
- ウ 給与（基本給） (393,600円 / 日・ 月)
- エ 専門研修プログラム名 (○○○病院小児科専門研修プログラム)

- 4 勤務を開始した日 (令和 ○○年 ○ 月 ○ 日)
- 5 特記事項 ()

上記のとおり、勤務していることを証明する。

令和 ×× 年 × 月 × 日

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

就労証明書【記載要領】

1 氏名

就労証明書を発行する職員（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) 所属診療科名

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

職員が就労証明書の発行を依頼した時点の雇用内容についてご記入ください。

(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（専門研修プログラム専攻医を除く）

イ 非常勤職員

ここでは、1月当たり16日（1日当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週当たり又は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、共済費等は除く）。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 勤務を開始した日

採用年月日をご記入ください。

5 特記事項

その他、特記事項があればご記入ください。

6 就労証明書の発行

就労証明書は、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）。