

「県外医学生病院見学等助成事業」

オンライン申請の手引き



群馬県にお越しいただきありがとうございます。
「県外医学生病院見学等助成事業」のオンライン申請について、
ご不明な点等がありましたら、本書をご確認ください。

目次

はじめに	P 2
1 申請（入力）前の準備	
1-1 必要書類の用意	P 3
1-2 申請の流れの確認	P 3
2 誓約事項への同意	P 4
3 申請（入力）の開始	
3-1 申請日の入力	P 4
3-2 申請者情報の入力	P 5
3-3 出身都道府県の選択	P 6
3-4 在籍・卒業大学の選択	P 6
3-5 学年の選択	P 7
3-6 大学の所在地又は居住地の選択	P 7
3-7 口座情報の入力	P 7、8
3-8 病院見学日又は受験日の入力	P 8
3-9 見学・受験先病院の選択	P 9
4 添付書類のアップロード	P 9、10
5 申請完了	P 11
お問い合わせ先	P 12

はじめに

本書の記載範囲

本書は、「県外医学生病院見学等助成事業」のオンライン申請フォームに係る申請方法について記載しています。

オンライン申請フォームは下記 URL 又は 2 次元コードからご利用ください。

【申請フォーム】



URL :

<https://logoform.jp/f/ft032>

2次元コード



1 申請（入力）前の準備

1-1 必要書類の用意

オンライン申請フォームの画面に遷移すると、まず下記の画面が表示されます。
必要書類のご用意ができましたら、画面を下にスクロールしてください。

電子申請を行うにあたり、下記の書類をご準備ください。

項目ID: 40

※不備等がある場合は、追加の提出をお願いすることがあります。

- ①申請者本人が、医学生又は既卒生であることを証明する書類（学生証、在籍証明書、卒業証明書、卒業証書の写し等）
- ②居住地を確認できる書類（住民票の写し等）
※既卒生の場合のみ
- ③振込先の口座情報を確認できる書類（銀行・支店名、口座種類、口座番号、カナ名義が明記されているもの。）
※ネットバンク等の場合は、口座情報を確認できる画面の写しを提出。

1-2 申請の流れの確認

必要書類をご準備できたら、申請の流れを確認します。



申請について、この後説明します。

2 誓約事項への同意

各項目へ入力をする前に、誓約事項のチェックボックスに✓を入力します。

すべての□に✓が付かないと、申請対象にはなりませんので、あらかじめご留意ください。

Q1. 下記内容を確認し、同意する又は該当する（□）にチェックを付けてください。

※下記□のすべてにチェックが付く方が申請の対象となりますが、申請内容が不適切であると判断した際には、補助金を交付しない場合がございますので、あらかじめご了承ください。 **必須**

項目ID: 1

- 群馬県が本補助金の交付審査のため、申請者の入力情報に基づき、見学・採用試験受験先の病院等へ情報確認を行うことに同意します。
- 申請者は「県外大学の医学部医学科に在籍する医学生（4年生以上）」又は「県外に居住している既卒生」であること。
- 群馬県内の基幹型臨床研修病院を見学又は採用試験を受けるための交通費について申請するものであること。
- 上期（4月～9月分）及び下期（10月～3月分）において各1回ずつの計2回以上助成を受けていないこと。
- 自治体又は病院等から修学資金の貸与を受けること等により、県外の臨床研修病院に就業することが条件づけられていないこと。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条に規定する暴力団に関与していないこと。

3 申請（入力）の開始

誓約事項のすべての□に✓がついたら、各項目へ入力を始めます。

3-1 申請日の入力

カレンダーのマークをクリックし、申請日を選択してください。

申請日は、オンライン申請フォームへの入力日です。

Q2. 申請日を入力してください **必須** 項目ID: 58



Q2. 申請日を入力してください **必須**

2026年(令和8年)

Q3. < 2026年(令和8年)04月 >

	日	月	火	水	木	金	土
氏名				1	2	3	4
氏必	5	6	7	8	9	10	11
氏フ	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
住所	26	27	28	29	30		

4

3-2 申請者情報の入力

氏名、住所等の申請者情報を入力します。

① Q3. 申請者情報を入力してください。 項目ID: 50

氏名

氏 **必須** 0 / 64 名 **必須** 0 / 64

氏フリガナ **必須** 0 / 64 名フリガナ **必須** 0 / 64

住所

郵便番号 **必須** 0 / 8 都道府県 **必須** ▼ 市区町村 **必須** 0 / 64

番地 **必須** 0 / 64 マンション・部屋番号 0 / 64

電話番号

電話番号 **必須** 0 / 15

メールアドレス

メールアドレス **必須** 0 / 128 メールアドレス (確認) **必須** 0 / 128

性別

男性 女性 その他 回答しない **必須**

生年月日

生年月日 **必須**

- ① 氏名を入力してください。
- ② 現在居住している住所を入力してください。
(県からの郵送物を申請者本人が受領できる住所を入力。)
- ③ 電話番号を入力してください。
- ④ メールアドレスを入力してください。申請内容に不備等が確認された場合には、ご連絡をさせていただくことがあります。
- ⑤ 性別を選択してください。
- ⑥ 生年月日を選択してください。

3-3 出身都道府県の選択

出身の都道府県（ご実家の住所がある都道府県）を選択肢からお選びください。

Q4. 出身の都道府県をお選びください。 必須 項目ID: 56



北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県

3-4 在籍・卒業大学の選択

医学生は在籍している大学、既卒生は卒業した大学をタブから選択してください。

Q5. 在籍する大学又は卒業した大学をお選びください。 必須



北海道大学
旭川医科大学
弘前大学
東北大学
秋田大学
山形大学

3-5 学年の選択

現在の学年を選択してください。

Q6. 現在の学年をお選びください。 **必須**

- 4年生
- 5年生
- 6年生
- 既卒生

3-6 大学の所在地又は居住地の選択

医学生は大学の所在地、既卒生は現在の居住地を選択してください。

Q7. 在籍する大学の所在地（医学生の場合）又は居住地（既卒生の場合）をお選びください。 **必須**

- 埼玉県、栃木県 / 5,000円（申請額）
- 東京都、神奈川県、千葉県、茨城県、長野県 / 10,000円（申請額）
- 山梨県、新潟県 / 15,000円（申請額）
- その他地域 / 20,000円（申請額）

3-7 口座情報の入力

口座情報を入力します。

はじめに「銀行口座に振込」または「郵便局の通帳に振込」のどちらかを選択します。

Q8. お振り込み先の口座情報を入力してください。 **必須**

金融機関種別

- 銀行口座に振込
- 郵便局の通帳に振込 **必須**

【銀行口座に振込】を選択した場合

銀行口座に振込を選択すると、詳細な入力画面が表示されます。

通帳等の書類を参照しながら、入力をしてください。

Q8. お振り込み先の口座情報を入力してください。 **必須**

金融機関種別

- 銀行口座に振込
- 郵便局の通帳に振込 **必須**

銀行名

銀行名 **必須**
入力すると選択肢を絞り込めます。

支店名

支店名 **必須**
入力すると選択肢を絞り込めます。

預金口座種別

- 普通
- 当座 **必須**

口座番号

口座番号 **必須**

0 / 7

口座名義人カナ

口座名義人カナ **必須**

0 / 30

【郵便局の通帳に振込】を選択した場合

郵便局の通帳に振込を選択すると、詳細な入力画面が表示されます。

通帳等の書類を参照しながら、入力をしてください。

Q8. お振り込み先の口座情報を入力してください。 必須

金融機関種別

銀行口座に振込 郵便局の通帳に振込 必須

通帳記号 通帳番号

通帳記号 (5桁) 必須 通帳番号 (最大8桁) 必須

0 / 5 0 / 8

口座名義人カナ

口座名義人カナ 必須 0 / 30

3-8 病院見学日又は受験日の入力

カレンダーのマークをクリックし、見学・受験日を選択してください。

見学・受験日を忘れてしまった場合は、見学・受験先の病院へお問い合わせください。

Q9. 「病院の見学日」又は「採用試験受験日」を入力してください。 必須



Q9. 「病院の見学日」又は「採用試験受験日」を入力

必須項目です。

2026年(令和8年)

Q10. 選びくだ

2026年(令和8年)04月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Q11. ことを証

※対

※添

※添

です。

確認の」

3-9 見学・受験先病院の選択

見学・受験をした病院を選択肢からお選びください。

Q10. 見学又は採用試験を受験した病院をお選びください。 **必須**





群馬大学医学部附属病院
高崎総合医療センター
前橋赤十字病院
伊勢崎市民病院
利根中央病院
桐生厚生総合病院

4 添付書類のアップロード

各項目の入力が完了したら、添付書類をアップロードしてください。

【医学生又は既卒生であることを証明する書類】

 をクリックすると、ファイルや画像の添付ができます。


ファイルや画像を2つ添付する必要がある場合は、 をクリックしてください。

Q11. 申請者本人が医学生又は既卒生であることを証明する書類（学生証、在籍証明書、卒業証明書、卒業証書の写し等）をアップロードしてください。


※対応拡張子はgif、jpg、jpeg、png、pdf等です。

※添付ファイルの容量上限は、10MBです。

※添付した画像が鮮明に写っていることをご確認の上、アップロードしてください。 **必須**





2つ目が必要であればこちらをお願いします。



【居住地を確認できる書類】 ※既卒生のみ

既卒生の場合は、居住地を確認できる書類の添付が必要です。

 をクリックすると、ファイルや画像の添付ができます。

ファイルや画像を2つ添付する必要がある場合は、 をクリックしてください。


Q12. 【既卒生の方のみ】

居住地を確認できる書類（住民票の写し等）をアップロードしてください。


※対応拡張子はgif、jpg、jpeg、png、pdf等です。

※添付ファイルの容量上限は、10MBです。


※添付した画像が鮮明に写っていることをご確認の上、アップロードしてください。




2つ目が必要であればこちらをお願いします。



【口座情報が確認できる書類】

 をクリックすると、ファイルや画像の添付ができます。

ファイルや画像を2つ添付する必要がある場合は、 をクリックしてください。


Q13. お振り込み先の口座情報が確認できる書類（銀行・支店名、口座種類、口座番号、カナ名義がわかるもの）をアップロードしてください。

※ネットバンクの場合は、上記の情報が確認できる画像をアップロードしてください。


※対応拡張子はgif、jpg、jpeg、png、pdf等です。

※添付ファイルの容量上限は、10MBです。

※添付した画像が鮮明に写っていることをご確認の上、アップロードしてください。 **必須**



2つ目が必要であればこちらをお願いします。



5 申請完了

入力が完了したら、「→確認画面へ進む」のボタンを押してください。

Q13. お振り込み先の口座情報が確認できる書類（銀行・支店名、口座種類、口座番号、カナ名義がわかるもの）をアップロードしてください。
 ※ネットバンクの場合は、上記の情報が確認できる画像をアップロードしてください。
 ※対応拡張子はgif、jpg、jpeg、png、pdf等です。
 ※添付ファイルの容量上限は、10MBです。
 ※添付した画像が鮮明に写っていることをご確認の上、アップロードしてください。 **必須**

📎 通帳（写し）.pdf (96.0 kB) ×

2つ目が必要であればこちらをお願いします。

📷

→ 確認画面へ進む 入力内容を一時保存する



確認画面へ遷移しますので、入力内容をご確認いただき、間違いがなければ

「→送信」ボタンを押してください。

Q13. お振り込み先の口座情報が確認できる書類（銀行・支店名、口座種類、口座番号、カナ名義がわかるもの）をアップロードしてください。
 ※ネットバンクの場合は、上記の情報が確認できる画像をアップロードしてください。
 ※対応拡張子はgif、jpg、jpeg、png、pdf等です。
 ※添付ファイルの容量上限は、10MBです。
 ※添付した画像が鮮明に写っていることをご確認の上、アップロードしてください。

(ファイル名: 通帳（写し）.pdf)

2つ目が必要であれば
こちらをお願いします。

← 1つ前の画面に戻る → 送信



これで申請は完了です。表示される受付番号は控えておくようお願いいたします。

📄 入力フォーム

✓ 入力 3 完了

送信完了

ご入力ありがとうございました。

< 受付番号: GT00000182 >

🖨️ 入力内容を印刷する

🔄 最初の画面に戻る

お問い合わせ先

「県外医学生病院見学等助成事業」をご利用いただきありがとうございます。
オンライン申請について、ご不明な点等がありましたら、下記までお気軽にご連絡ください。

【お問い合わせ先】

〒371-8570 群馬県前橋市大手町1-1-1
群馬県医務課医師確保対策室
TEL : 027-226-2540 (直通)
Mail : imuka@pref.gunma.lg.jp

