

令和 9 年度（2027 年度）
茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度のご案内

茨城県保健医療部医療局薬務課
令和 8 年（2026 年） 7 月

令和9年度（2027年度）茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度のご案内

1 茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度

この修学資金は、茨城県内の病院において薬剤師が不足している状況に鑑み、薬剤師の養成及び確保を図るため、知事が指定する薬剤師不足地域内の病院において将来薬剤師の業務に従事しようとする方を対象とした試験による入学者（以下、「茨城県地域枠」という。）に対して貸与するものです。

大学卒業後、直ちに薬剤師不足地域内の病院で従事を開始し、病院薬剤師卒後研修プログラムに基づき県内の病院で9年間従事した場合に、返還を免除します。

茨城県地域枠で合格した場合は、地域枠以外の入試区分や他大学薬学部合格したとしても、当該地域枠への入学を辞退することはできません。

○勤務する病院について

勤務する病院は、原則、県内の薬剤師不足地域内の病院となります。

※研修プログラムの内容等によっては、他の病院等に出向等が想定される場合があります。

○薬剤師不足地域について

薬剤師不足地域とは、病院における薬剤師が不足し確保が必要な地域として知事が定める地域をいいます。

※薬剤師不足地域は、入学時点ではなく、就職内定時点での薬剤師不足地域をいいます。

※薬剤師不足地域は概ね3年ごとに見直しを予定しています。

○病院薬剤師卒後研修プログラムについて

勤務する病院は、病院薬剤師卒後研修プログラムを策定し、本事業の対象者への研修を実施することで、薬剤師としての資質向上とキャリア形成を支援しています。

2 応募資格

次のいずれかに該当する方

① 県内の高等学校等※を卒業（見込みを含む）した方

② 県内に居住する方の子

※ 高等学校、中等教育学校もしくは特別支援学校の高等部

3 貸与金額

月額100,000円

（6年間：総額720万円）

4 募集人数

順天堂大学：2名

5 応募及び面接方法

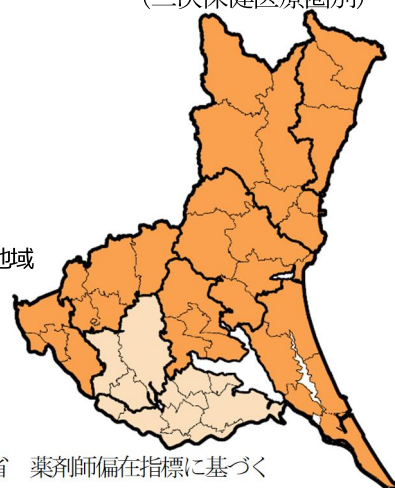
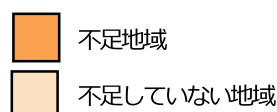
令和9年度茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度に応募しようとする者は、以下の期間中に「6 提出書類」に記載する書類を提出してください。

また、制度の理解や申請の意思を確認するため、面接を実施します。

○実施方法：書類審査及び面接

○応募期間（書類必着）：令和8年8月31日（月）～令和8年9月11日（金） 午後5時まで

病院薬剤師の不足状況
（二次保健医療圏別）



※R5年6月厚生労働省 薬剤師偏在指標に基づく

○面接日程（予定）：令和8年9月26日（土）または9月27日（日） ※水戸市内の予定
正式な日程及び場所につきましては書類受付後にメール等でお知らせいたします。

6 提出書類

- ①茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度応募書（別紙様式1）
※応募理由についてはAIの自動生成による文章を禁止します。
- ②誓約書（別紙様式2）
- ③高等学校等の卒業見込証明書又は卒業証明書
- ④住民票の写し（発行後3か月以内のもの、マイナンバーが記載されていないもの・本人と親の関係が分かるもの）

7 提出方法

応募期間中に、「6 提出書類」に記載する書類を下記「書類提出先」に原則郵送（簡易書留）で提出してください。

郵送の際は、封筒の表に「薬剤師地域枠応募」と朱書きしてください。

【書類提出先】

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

茨城県保健医療部医療局 薬務課薬事グループ 薬剤師確保担当 宛て

※やむを得ず持参する場合は、事前に日時を連絡の上、持参してください。土曜・日曜日及び祝日を除き午前9時から午後5時まで受け付けます。

8 大学の地域枠等入学試験実施方法・日程等

順天堂大学の茨城県地域枠選抜試験に、別途出願をしてください。

※地域枠選抜の入試内容は予定であり変更が生じる場合があります。

※2026年7月現在の情報です。追試験の実施の有無や最新の試験日程等の詳細については、順天堂大学の募集要項等をご確認ください。

実施大学	実施内容
順天堂大学	(予定) 実施方法：小論文、総合問題による筆記試験、面接試験 出願期限：2026年9月24日（木）～2026年10月8日（木） 試験日：2026年10月17日（土）

9 入学後の手続き

2027年4月に茨城県地域枠入学者として入学した後、修学資金貸与のための契約を締結します。

独立の生計を営む連帯保証人2名（原則65歳未満）を決めていただきます。事前にご家族等とよく相談してください。

10 返還の免除

(1) 全額免除

大学卒業後、1年6か月以内に薬剤師免許を取得した後、薬剤師不足地域内の病院で薬剤師としての業務に従事し、県内の病院で病院薬剤師卒後研修プログラムに基づき9年間従事（ただし、9年間のうち1/2以上の期間は薬剤師不足地域内の病院で従事）した場合に、返還を免除します。

※薬剤師不足地域は、入学時点ではなく、就職内定時点の薬剤師不足地域となります。

※大学院の薬学を履修する課程に在学している期間や、育児休業等やむを得ない事由により薬剤師業務の従事ができない期間は、従事期間に含まれません。

(2) 裁量免除

災害、死亡、疾病その他やむを得ない事由により薬剤師業務の従事等ができなくなったとき、その他特に必要と認めるときは、修学資金の返還の債務の全部又は一部を免除します。

11 修学資金返還猶予

次の場合には、一定の期間返還が猶予されます。

- ①修学資金の貸与期間が解除された後、引き続き大学の薬学を履修（6年制）する課程に在学しているとき
- ②大学院の薬学を履修する課程に在学している場合
- ③育児休業を取得している場合
- ④介護や海外留学により一時的に薬剤師不足地域を離れざるを得ない場合
- ⑤災害、疾病その他やむを得ない事由により修学資金を返還することが困難な場合

※詳細は、「茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度ガイドブック」をご確認ください。

12 修学資金の返還

返還の免除事由（10 返還の免除）に該当しなかったときは、貸与を受けた修学資金に利息（※）を付した金額を、返還義務が生じた日から1か月以内に返還していただきます。

※「利息」とは、修学資金の貸与を受けた日の翌日から卒業の日の属する月の末日又は貸与期間が終了する月の末日のいずれか遅い日（退学又は退学の処分等により貸与契約が解除された場合にあっては、解除の日）までの日数に応じ、年10%の割合で計算した額

13 個人情報の取り扱い

- ・いただいた個人情報は、本申請の審査及び事業管理のために利用させていただきます。また、一部の情報については、関係機関（大学）への情報提供を行います。
 - ・本申請を提出することにより、上記の個人情報の取り扱いに同意したものとみなします。
- ※個人情報は、茨城県個人情報の保護に関する法律施行条例に基づき管理します。

14 その他の注意事項

- ・茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例及び施行規則（様式含む）については、茨城県保健医療部医療局薬務課ホームページに掲載しておりますので必ずご確認ください。
- ・地域枠入学者は、本修学資金の貸与を受ける修学生として関係団体が開催する各種セミナーの受講支援を受けることが可能です。また、県が実施する個別面談などに参加することとなっています。
- ・地域枠合格者は、契約手続きを行うため、令和9年3月中旬（予定）に実施する説明会及び新入生オリエンテーションに必ず出席してください。（出席対象者には後日、個別に通知します。）
- ・就労義務を伴う他の奨学金との併用は認められません。
- ・退学、国家試験不合格、死亡などの理由により、薬剤師として勤務することが不可能になった場合は、茨城県保健医療部医療局薬務課までご連絡ください。

<問い合わせ先> ※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除き、午前9時から午後5時まで

茨城県保健医療部医療局 薬務課薬事グループ 薬剤師確保担当

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

TEL:029-301-3393 E-Mail: i-pharmacist@pref.ibaraki.lg.jp



茨城県病院薬剤師確保対策 HP

令和 9 年度入学者用		応募・申込年月日		令和 年 月 日	
【順天堂大学 地域枠選抜】茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度応募書					
ふりがな				写真貼付欄	
氏 名				1. カラー写真、上半身、正面、無帽、無背景、枠なし 2. 縦 4cm×横 3cm 3. 最近 3 ヶ月以内撮影 4. 裏面に氏名を記入 5. 全面のり付け	
生年月日		年 月 日生(満 歳)令和 8 年 9 月 1 日現在			
現住所		〒			
		電話：() — 携帯：() —			
メール アドレス					
出身 学 校	名 称				
	所 在 地	〒			
		電話：() —			
	卒 業 等	年 月 卒業 ・ 卒業見込			
保 護 者	ふりがな				続柄
	氏 名				
	現 住 所	〒			
		電話：() —			
※該当がある場合に記入すること。(高校卒業後の在学歴（予備校含む）、就職歴等)					
卒 後 歴	年月	内容			備考
自己 PR (得意なこと、これまで力を入れてきたことなど)					

(裏面)

応 募 理 由

令和 年 月 日

応募者氏名：

あなたが本県地域枠に応募した理由について、以下のア、イ、ウを踏まえて記入すること。

※文章生成 AI を使用しての作成を禁止いたします。使用が判明した場合、応募を不受理とさせていただきます場合がございます。

- (ア) 茨城県地域枠へ応募した理由について
- (イ) 茨城県の薬剤師不足地域に従事する意思について
- (ウ) 茨城県の地域医療で病院薬剤師としてどのような役割を果たしたいと考えているか

[illegible]

誓 約 書

年 月 日

茨城県知事 殿

応募者氏名： 印

保護者氏名： 印

私は、茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与決定を受けたときは、下記を遵守することを誓います。

記

- 1 茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例及び茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守すること。
- 2 学業に専念するとともに、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、在学中や薬学部卒業後に県が実施する個別面談等に参加すること。
- 3 薬剤師免許取得後は、直ちに薬剤師不足地域（※）内の病院で薬剤師としての業務に従事し、病院薬剤師卒後研修プログラムに基づき茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例に規定する期間について、薬剤師として従事すること。
- 4 本制度から正当な理由なく離脱しないこと。

※薬剤師不足地域は、入学時点ではなく、就職内定時点での薬剤師不足地域となります。