

様式第1号(第1条関係)

(表)

福島県緊急医師確保修学資金貸与申請書

年 月 日

福島県知事

申請者(本人)氏名

福島県緊急医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県緊急医師確保修学資金貸与条例第2条の規定により、下記のとおり申請します。

記

貸与申請額	修学資金	月額	150,000円		貸与期間	年 月 日から		
	加算額	入学料	円			年 月 日まで		
申請者本人	ふりがな氏名	生年月日			年 月 日			
		年 齢			満 歳	性 別	男・女	
	本 籍							
	現 住 所	郵便番号 ()			電話番号 ()			
			E-mail					
帰省先住所	郵便番号 ()			電話番号 ()				
福島県立医科大学		入学年月	年 月		卒業見込年月	年 月		
出 身 高 校	所 在 地	都・道・府・県			高校卒業年月	年 月		
	名 称							
家 族 の 状 況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職 業	勤務先	年 収 (税込み)	住 所	

(裏)

連 帯 保証人	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
			年 齢	満 歳
	現 住 所	郵便番号 () 電話番号 ()		
	職 業		年収 (税込み)	
	勤 務 先		申請者との関係	
連 帯 保証人	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
			年 齢	満 歳
	現 住 所	郵便番号 () 電話番号 ()		
	職 業		年収 (税込み)	
	勤 務 先		申請者との関係	
申 請 の 理 由				
他の奨学金等を受ける場合は、その名称 及び金額		(月額 円)		

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

連帯保証人 氏名

連帯保証人 氏名