

様式第1号(第2条関係)

(表)

地域医療医師確保修学資金貸与申請書

年 月 日

福島県知事

地域医療医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな				生年月日	年 月 日		
	氏名				年齢	満 歳	性別	男・女
	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()				
貸与申請額	修学資金月額 入学金に相当する額		235,000円 円	貸与期間	年 月 日から 年 月 日まで			
指定大学名等	名称							
	学部・学科	学部 学科				学年	年	
	所在地	郵便番号()		電話番号()				
	入学年月	年 月			卒業見込年月	年 月		
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	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とし、縦長にして用いること。

(裏)

連 帯 保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		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		生年月日	年 月 日
	氏 名		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ている場合は、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、その返還について連帯してその責めを負います。

連帯保証人 住 所
氏 名

連帯保証人 住 所
氏 名