

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 齡	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 齡	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