

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)		

上記の申請について同意します。

親権者又は未成年後見人 住所
氏名

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