

様式第1号(第1条関係)

(表)

へき地医療等医師確保修学資金貸与申請書

年 月 日

福島県知事

へき地医療等医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県へき地医療等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

| | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|---------|---------------|----|---------|--------------------|------|--------|---|----|-----|
| 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 | | | | | |
| 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、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

備考 親権者又は未成年後見人の同意に関する部分は、申請者が未成年者である場合にのみ記入すること。