

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