

大 学 生 大学院生 修学資金貸与申請書

年 月 日

石川県知事 様

申請者
住 所
氏 名

大学生(大学院生) 修学資金の貸与を受けたいので、石川県地域医療支援医師修学資金貸与条例第2条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、修学資金の貸与を受けることとなったときは、同条例及び石川県地域医療支援医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守するとともに、所定の期間、同条例第2条第1項に規定する指定医療機関において特定業務に従事することを誓います。

申 請 者	ふりがな氏名		大学又は大学院の名称	大学(大学院)科(専攻)		
	生年月日及び年齢			所属する学年 第 学年		
	医籍登録番号及び登録年月日(※)		臨床研修を受けた期間(※)	年 月 日から 年 月 日まで		
	現住所及び電話番号		〒 () -			
	帰省先の住所及び電話番号		〒 () -			
	希望する診療科目		1 小児科(小児外科を含む。) 2 産科(産婦人科を含む。) 3 麻酔科 4 外科(脳神経外科を含む。)			
	希望する貸与の期間		年 月 日から 年 月 日まで	左の期間に係る貸与の申請額	円	
	支払方法		1 毎月(月額 円) 2 その他()			
	保 証 人	ふりがな氏名				
生年月日		年 月 日生		年 月 日生		
申請者との関係						
住 所		〒 () -				
職 業						
勤 務 先		所在地				
		名 称				
		職 名				
年 収(税込額)		円		円		
参 考 事 項						

生計を一にする親族の状況	氏名	申請者との続柄	年齢	勤務先	同居又は別居の別	備考
申請の理由及び将来の目標						

備考

- 1 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 申請者の戸籍の謄本若しくは抄本又は戸籍に記載した事項に関する証明書
 - (2) 大学生である申請者にあつては在学する大学の学長又は学部長が、大学院生である申請者にあつては在学する大学院の学長又は研究科の長が作成した推薦調書(別記様式第2号)
 - (3) 申請者が在学する大学又は大学院の発行する在学証明書
 - (4) 医師免許証の写し(大学院生修学資金の貸与を申請する者に限る。)
 - (5) その他知事が必要と認める書類
- 2 (※) 欄は大学院生修学資金の貸与を申請する者のみ記載してください。
- 3 「申請の理由及び将来の目標」欄はおおむね 800 字で記載してください。