

医師養成奨学資金貸付申請書

貸付希望金額： 万円	月額	円	医大生、初期臨床研修医、研究生、大学院生	月額30万円
	入学一時金	円	私立大学生（大学独自の奨学資金制度を併用する者を除く。）	1,080万円
	入学準備金	円	360万円を限度として30万円単位の額	
	入学準備金（胆江枠）	円	奥州市民、金ケ崎町民又は両市町内に所在する高校卒業生	200万円
奨学資金の借受けを希望する理由（奥州市立病院・診療所に勤務し地域医療に従事する医師を志す理由等）				
貸付希望年月日 月額貸付金 : 年 月から 年 月まで				
入学一時金・入学準備金 : 年 月 日				
ふりがな				
申請者氏名 生年月日 年 月 日 (満 歳)				
性別	男・女	本籍	※都道府県名のみ	
ふりがな				
申請者住所（〒 ー ）				
電話番号：		携帯電話番号		
大学等の名称 :				
入学年月日 :				
ふりがな				
連絡先（〒 ー ） ※ 合否通知の送付先を記載してください。				
(本人・実家)				
連絡人氏名（ ） 申請者との続柄（ ）				
電話番号 :		携帯電話番号 :		
E-mailアドレス :				
家族の状況	姓	名	続柄	年齢
連帯保証人予定者（2名）		氏名（ ） 申請者との続柄（ ）		
※ 父母がいる場合、1人は父母		氏名（ ） 申請者との続柄（ ）		
奨学金制度併願状況（該当するもの）を○で囲んでください。		岩手県内の奨学資金 (奨学資金名:)		岩手県外の奨学資金 (奨学資金名:)

奥州市医師養成奨学資金の貸付けを受けたいので申請します。

奥州市長 様

年 月 日

申請者