

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・診療所で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（〒 _____）						
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（〒 _____） ※ 可否通知の送付先を記載してください。 <div style="text-align: right;">（本人・実家）</div>						
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	氏 名	続 柄	年 齢	同居・別居の別	職業（学生の場合は学校名）	年収（父母又は家計支持者のみ）
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。

年 月 日

奥州市長 様

申 請 者