

修学資金貸付申請書

年 月 日

千葉県知事

様

申請者氏名 ㊟

連帯保証人氏名 ㊟

連帯保証人氏名 ㊟

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

|                     |  |                 |     |                  |
|---------------------|--|-----------------|-----|------------------|
| 申請者                 | ふりがな氏名   |                 |     |                  |
|                     | 住所及び電話番号   | 〒 電話 ( )        |     |                  |
|                     | 生年月日   | 年 月 日<br>(年齢 歳) | 大学名 | 大学医学部医学科<br>第 学年 |
| 修学資金の種類             | 1 長期支援コース修学資金<br>2 ふるさと医師支援コース修学資金<br>3 小児科コース修学資金<br>4 産婦人科コース修学資金<br>(該当するものを○で囲んでください。) |                 |     |                  |
| 貸付申請金額              | 円  |                 |     |                  |
| 貸付申請期間              | 年 月から 年 月まで<br>(修学期間 年 月から 年 月まで)  |                 |     |                  |
| 振込口座番号<br>(本人名義のもの) | 銀行 支店<br>預金種別 (普通・当座) 口座番号   |                 |     |                  |
| 希望する診療科             |  |                 |     |                  |

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

メールアドレス：