様式第１号

年　　月　　日

　　山形県知事　　殿

申請者

山形県医師修学資金貸与申請書

　　山形県医師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日　　　　　（満　　　歳） |
| 住所 | 郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）　　　 |
| 希望する修学資金 | 第１希望（　　）　　　第２希望（　　）（１ 地域医療従事医師確保修学資金　２ 特定診療科医師確保修学資金） |
| 希望する診療科等（希望する修学資金で２を選んだ場合のみ記入） | 第１希望（　　）　　　第２希望（　　）　　　第３希望（　　）（１ 小児科　　２ 産婦人科　　３ 放射線科　　４ 麻酔科　　５ 救急医療） |
| 卒業した高等学校 | 名称 |  |
| 卒業年月 | 　　　年　　　　　月 |
| 在学している大学 | 名称 |  |
| 学部及び学科 | 学部　　　　　　学科　 |
| 入学年月 | 　　　年　　　　　月 |
| 学年 | 　　　　　　年 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　　　　族　　　　の　　　　状　　　　況 | ふりがな氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業（勤務先）又は学校名 | 年間収入額 | 同居又は別居の別 |
|  |  | 歳 |  | 円 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家族の住所 | 郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保証人になる者に関する事項 | ふりがな氏名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 電話番号　　（　　）　　　 | 電話番号　　（　　）　　　 |
| 本籍 |  |  |
| 職業 |  |  |
| 勤務先 |  |  |
| 年間収入額 | 円 | 円 |
| 本人との関係 |  |  |