

緊急医師確保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

法定代理人
住 所

氏 名

緊急医師確保修学資金の貸与を受けたいので、石川県緊急医師確保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、同条例及び石川県緊急医師確保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項第2号に規定する指定医療機関において医師として業務に常時従事することを誓います。

申 請 者	ふりがな 氏 名					
	生年月日及び年齢		年 月 日生(満 歳)			
	在 学 す 高 等 学 校	名 称				
		学 科 及び学年	科 第 学年			
	住 所 及 び 電 話 番 号		〒 () -			
	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 年一括(年額 円)			
連 帯 保 証 人	ふりがな 氏 名					
	生 年 月 日					
	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		

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) 在学する高等学校等の校長が作成し、かつ、厳封した推薦調書（別記様式第2号）
 - (3) その他知事が必要と認める書類
- 2 申請者が未成年者である場合は、法定代理人の住所及び氏名を記載してください。
- 3 申請者が未成年者である場合は、2人の連帯保証人のうち1人は、申請者の法定代理人としてください。
- 4 「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。