

- 岩手県医療局長 小原 重幸 様 (岩手県医療局医師奨学資金)
- 岩手県国民健康保険団体連合会理事長 山本 正徳 様 (岩手県市町村医師養成修学資金)

申込者 _____

- 岩手県医療局医師奨学資金
 - 岩手県市町村医師養成修学資金
- } 貸与候補生応募申込書

標記の貸与候補生に申し込みます。

氏 名			借受けを希望する奨学金	<input type="checkbox"/> 岩手県医療局医師奨学資金 <input type="checkbox"/> 岩手県市町村医師養成修学資金			
生 年 月 日	年 月 日			借受け希望期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
住 所	(郵便番号 —)		電話番号 (— —)				
出 身 高 校 等	所在地	都・道 府・県	学校	年 月	卒 業 卒業見込		
高校等卒業後の 学 歴 等	他大学入学 年 月～ 年 月 就 職 年 月～ 年 月 その他(予備校等) 年 月～ 年 月			本 人 写 真 を 貼 付 (縦4cm×横3cm)			
親 権 者	氏 名						
	住 所	(郵便番号 —) 電話番号 (— —)					
※ 本人の住所と同じ場合は記載不要							
家 (本人を除く、 族の年齢は提出日現在)	氏 名	続 柄	年 齢	同 居 ・ 別 居 の 別	職 業 (勤 務 先) 又 は 学 校	年 間 収 入 額 (父 母 又 は 家 計 支 持 者 の み)	
			歳			円	

(裏面) ※裏面は自書すること

借受けを希望する理由	
岩手県の地域医療に貢献する医師を志す理由	

上記のとおり相違ありません

氏名 _____ (自署)