（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

令和　　年　　月　　日

**□**　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　正德　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

貸与候補生応募申込書

**□**　岩手県市町村医師養成修学資金

　　　標記の貸与候補生に申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 借受けを希望する奨学金 | **□**　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 |
| 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 |
|  | （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4㎝×横3㎝） |
| 親権者 |  |  |
|  | （郵便番号　　―　　　　）電話番号（　　　―　　　―　　　　）※　本人の住所と同じ場合は記載不要 |
| （本人を除く、年齢は提出日現在）家　　族　　の　　状　　況 |  | 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）