

医療局医師奨学生募集申込書

貸付希望月額	<input type="checkbox"/> 国公立大学、大学院、東北医科薬科大学B方式 20万円 <input type="checkbox"/> 私立大学（東北医科薬科大学B方式を除く） 30万円 <input type="checkbox"/> 産婦人科特別枠 40万円				
貸付希望期間：令和5年4月から 年 月まで（卒業（修了）の月まで）					
申込理由：					
ふりがな					
申込者氏名 (S・H 年 月 日生(満 才))					
性別	男・女 本籍 ※都道府県名のみ				
ふりがな					
申込者住所（〒 - ）					
電話番号： 携帯電話：					
大学等の名称：					
入学年月日： 年 月 日					
ふりがな					
連絡先（〒 - ）※面接時刻の連絡、合否通知の送付先を記載してください。					
(本人・実家)					
連絡人氏名（ ）申込者との続柄（ ）					
電話番号： 携帯電話：					
E-mail アドレス：					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業（学生の場合は学校名）	年収（概算）
併願希望順位 併願する場合は、右記より選択のうえ番号を記入してください。 第1希望（ ） 第2希望（ ） 第3希望（ ）		①医療局医師奨学資金【一般枠】 ②医療局医師奨学資金【産婦人科特別枠】 ③岩手県市町村医師養成修学資金 ※ 国公立大学入学者及び東北医科薬科大学医学部修学資金B方式の入学者は②は応募することができません。			
面接時間の希望時間帯		・希望なし ・希望時間帯（ 時～ 時頃）			

※家族の状況は令和5年4月1日予定で記載してください。

医療局医師奨学資金の貸付を受けたいので申し込みます。

令和 年 月 日

岩手県医療局長 様

申込者 _____