様式第１号(第１条関係)

(表)

周産期医療等医師確保修学資金貸与申請書

年　　月　　日

　　福島県知事

　　周産期医療等医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県周産期医療等医師確保修学資金貸与条例第２条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 年齢 | | | 満　　歳 | | 性別 | | 男・女 |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　　　)　　　　　　　電話番号(　　　　　　　)  E-mail | | | | | | | | | | | | | | |
| 帰省先住所 | 郵便番号(　　　　　　)　　　　　　　電話番号(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に貸与を受けている他の修学資金 | | 修学資金の名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 貸与額 | | | 月額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  入学金に相当する額　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | |
| 貸与期間 | | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| 貸与申請額 | | 円 | | | | | 貸与期間 | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | |
| 大学名等 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学部・学科 | 学部　　　　　　　学科 | | | | | | | | | | | 学年 | | 年 | |
| 所在地 | 郵便番号(　　　　　　)　　　　　　　　電話番号(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| 入学年月 | 年　　月 | | | | | 卒業見込年月 | | | | 年　　月 | | | | | |
| 家族の状況 | ふりがな  氏名 | | 続柄 | 年齢 | | 職業 | | 勤務先 | | 年収  (税込み) | | | 住所 | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とし、縦長にして用いること。

(裏)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連　帯　保　証　人 | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 年齢 | 満　　　歳 |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　　　)　　　　　　　　電話番号(　　　　　　　) | | | |
| 職業 |  | 年収（税込み） | |  |
| 勤務先 |  | 申請者との関係 | |  |
| 連　帯　保　証　人 | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 年齢 | 満　　　歳 |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　　　)　　　　　　　　電話番号(　　　　　　　) | | | |
| 職業 |  | 年収（税込み） | |  |
| 勤務先 |  | 申請者との関係 | |  |
| 申請の理由 | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

　上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

連帯保証人　氏名

連帯保証人　氏名