様式第２号（第６条関係）

（表面）

医師確保修学研修資金貸与申請書

年　　月　　日

　　福井県知事　　　　　　　　　　様

申請者　　氏名

　医師確保修学研修資金の貸与を受けたいので、福井県医師確保修学資金等貸与条例第３条第３項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸与を受けよう  とする期間 | | 年　　　月から　　　　年　　　月まで | | | | | | | | | | |
| 大学授業料の減免 | | □無　　　　　　　　　　　□有（減免額　　　　　　　　円） | | | | | | | | | | |
| 申請者本人 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 年齢 | | | 満　　　　　歳 | |
| 本籍 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　 　（　　　） | | | | | | | | | | |
| 帰省先住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　 　（　　　） | | | | | | | | | | |
| 出身高校 | 学校名 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | 都・道・府・県 | | | | | 卒業年月 | | 年　　　月 | |
| 大学 | 学校名 | |  | | | 所在地 | | | | 都・道・府・県 | |
| 入学年月 | | 年　　　月 | | | 卒業（見込）年月 | | | | 年　　　月 | |
| 臨床研修を  受ける病院 | 病院名 | |  | | | 所在地 | | | | 都・道・府・県 | |
| 勤務開始（見込）年月 | | | | 年　　　月 | |
| 勤務する  診療科 | 内科　・　小児科　　・　産科　　・　総合診療科  　外科　・　整形外科　・　麻酔科　・　救急科　　　・　その他（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | |  |

（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保証人 | ふりがな  氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 年齢 | | | 満　　　歳 |
| 本籍 |  | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 職業 |  | | 勤務先 | | | |  | |
| 年収  (税 込 み) |  | | 申請者との関係 | | | |  | |
| 保証人 | ふりがな  氏名 |  | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 |
| 年齢 | | | | 満　　　歳 |
| 本籍 |  | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 職業 |  | 勤務先 | | | |  | | |
| 年収  (税 込 み) |  | 申請者との関係 | | | |  | | |