

様式第1号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者

(記名押印又は署名)

山形県医師修学資金貸与申請書

山形県医師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
住 所	郵便番号			
	電話番号 ()			
希望する修学資金	第1希望 () 第2希望 () (1 地域医療従事医師確保修学資金 2 特定診療科医師確保修学資金)			
希望する診療科等 (希望する修学資金で2を選んだ場合のみ記入)	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () (1 小児科 2 産婦人科 3 放射線科 4 麻酔科 5 救急医療)			
卒業した 高等学校	名 称			
	卒業年月	年	月	
在学している 大 学	名 称			
	学部及び学科	学部	学科	
	入学年月	年	月	
	学 年	年		

家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業（勤務先） 又は学校名	年間収入額	同居又は別
			歳		円	

家族の住所	郵便番号	電話番号 ()
-------	------	----------

保証人になる者に関する事項	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住所	電話番号 ()	電話番号 ()
	本籍		
	職業		
	勤務先		
	年間収入額	円	円
	本人との関係		