

様式第1号の2(第7条関係)

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						
貸与金額		福井県医師確保修学資金等貸与条例施行規則第5条第1項第3号に定める額						
大学授業料の減免		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 ・ 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				