様式第1号(第6条関係)

医師確保修学資金貸与申請書

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1項（第

2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４条第１項第１号および第２号に定める額 |
| 大学入学金の減免 | 　□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 |
| 福井大学 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（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 |  |

　上記の申請について同意します。

法定代理人(親権者または　住所

未成年後見人)　　　　　　氏名