（様式１）　　（表面）

令和　　年　　月　　日

□　岩手県医療局長　様（岩手県医療局医師奨学資金）
□　岩手県国民健康保険団体連合会理事長　様（岩手県市町村医師養成修学資金）

申込者

□　岩手県医療局医師奨学資金
□　岩手県市町村医師養成修学資金　**貸与候補生応募申込書**

標記の貸与候補生に申し込みます。

氏名（ふりがな）		借受けを希望する奨学金	□　岩手県医療局医師奨学資金 □　岩手県市町村医師養成修学資金
生年月日	年　月　日	借受け希望期間	令和　年　月から 令和　年　月まで
住所（ふりがな）	（郵便番号　―　）　電話番号（　―　―　）		
出身高校等	所在地　都・道府・県	学校　年　月　卒業 卒業見込	
高校等卒業後の学歴等	他大学入学　年　月～　年　月 就職　年　月～　年　月 その他（予備校等）　年　月～　年　月		本人写真を貼付（縦4cm×横3cm）
親権者	氏名（ふりがな）		
	住所（ふりがな）	（郵便番号　―　）電話番号（　―　―　） ※　本人の住所と同じ場合は記載不要	

家族の状況（本人を除く、年齢は提出日現在）	氏名（ふりがな）	続柄	年齢	同居・別居の別	職業（勤務先）又は学校	年間収入額（父母又は家計支持者のみ）
			歳			円

（裏面）※裏面は自書すること

借受けを希望する理由	
岩手県の地域医療に貢献する医師を志す理由	

上記のとおり相違ありません　　氏名　　（自署）