（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

令和　　年　　月　　日

**□**　岩手県医療局長　　小原　勝　　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　谷藤　裕明　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

貸与候補生応募申込書

**□**　岩手県市町村医師養成修学資金

　　　標記の貸与候補生に申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | 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 | | | 年度分から  年度分まで | | |
|  | | （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4㎝×横3㎝） | |
| 親権者 | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | （郵便番号　　―　　　　）電話番号（　　　―　　　―　　　　）  ※　本人の住所と同じ場合は記載不要 | | | | | | | | | |
| （本人を除く、年齢は提出日現在）  家　　族　　の　　状　　況 |  | | | 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）