修学資金貸付申請書

年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

申請者氏名　　　　　　　　　　印

連帯保証人氏名　　　　　　　　　　印

連帯保証人氏名　　　　　　　　　　印

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　者 | ふりがな氏名 |  |
| 住所及び電話番号 | 〒電話　　　　　（　　　　　）　　　　　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（年齢　　歳） | 大学名 | 大学医学部医学科第　　学年 |
| 修学資金の種類 | １　長期支援コース修学資金２　ふるさと医師支援コース修学資金３　小児科コース修学資金４　産婦人科コース修学資金　　（該当するものを○で囲んでください。） |
| 貸付申請金額 |  | 円 |
| 貸付申請期間 | 　　　　　　年　　月から　　 　　年　　月まで（修学期間　　 　　年　　月から　 　　　年　　月まで） |
| 振込口座番号（本人名義のもの） | 　　　　　　 銀行　　　　 　　支店預金種別（ 普通 ・ 当座 ） 口座番号 |
| 希望する診療科 |  |

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

|  |
| --- |
| メールアドレス： |