

年 月 日

南丹市長 様

申請者名 (未成年の場合:法定代理人) 印

南丹市医師確保奨学金等貸与申請書

南丹市医師確保奨学金等の貸与に関する条例に基づき奨学金等の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな氏名		生年月日	年 月 日生(満 歳)			
現住所	〒(—)		電話番号 — — —			
その他の連絡先	〒(—)		電話番号 — — —			
貸与の区分	専門研修医 臨床研修医	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		所属医療機関等の名称				
		所属医療機関の所在地				
		修了等予定年月	年 月修了見込み			
	大学院生	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		大学院の名称				
		大学院の所在地				
		在学予定期間	年 月修了見込み			
	大学生	大学の名称	第 号	登録日	年 月 日登録	
		大学の所在地				
		学部学科名		学年		
		卒業予定年月	年 月卒業見込み			
貸与期間	貸与月額	15万円				
	貸与希望期間	年 月から 年 月まで(月間)				
	貸与希望総額	万円(15万円×希望月数)				
連帯保証人	1	ふりがな氏名	申請者との続柄			
		住所	電話番号 — — —			
		職業	年収	税込 万円		
	2	ふりがな氏名	申請者との続柄			
		住所	電話番号 — — —			
		職業	年収	税込 万円		
上記申請者が貸与を受ける奨学金等については、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを約します。						
					連帯保証人 印	
					連帯保証人 印	

注 申請者が未成年の場合は、連帯保証人のうち1人は法定代理人とすること。

奨学金等の貸与を申請する理由

将来の目標・スケジュール等

(目標等)※今後10年位の目標を記載のこと

(予定スケジュール)※年次スケジュールを簡潔に記載のこと

(その他特記事項)
