（様式１）

令和　　年　　月　　日

**いわて医学奨学金貸付者（岩手県医療局長・岩手県国保連合会理事長）　様**

**いわて医学奨学金貸与候補生応募申込書**

　　　標記の貸与候補生に申込みます。

　　　なお、私は募集要項に掲げてある申込要件をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実に相違ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 貸与を希望する奨学金**(□にﾁｪｯｸ)** | **□**　岩手県医療局医師奨学資金(岩手医科大学医学部一般選抜地域枠Ｃ) |
| **□**　岩手県市町村医師養成修学資金(岩手医科大学医学部一般選抜地域枠Ｄ) |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 貸付希望期間 | 令和８年４月から令和14年３月まで |
|  | （郵便番号　　　―　　　　）　　 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mailアドレス：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（２ページ目もあります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与を希望する理由 |  |
| 岩手県の地域医療に貢献する医師を志す理由 |  |