（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 |  |