様式１

**医療局医師奨学生募集申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸付希望月額 | | | | **■　国公立大学、大学院、東北医科薬科大学Ｂ方式**  **□　私立大学（東北医科薬科大学Ｂ方式を除く）**  **□　産婦人科特別枠** | | | | | | | | | **20万円**  記載例  **30万円**  **40万円** | |
| 貸付希望期間 | | | | 令和６年４月から令和12年３月まで（卒業（修了）の月まで） | | | | | | | | | | |
| 申込理由 | | 親からの支援のみでは学費を支払うのが困難なため。 | | | | | | | | | | | | |
| 申込者 | | ふりがな | いわて　いちろう | | | | | | 本籍地 | | 岩手 | | | 都・道  府・県 |
| 氏名 | 岩手　一郎 | | | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | | | 生年月日　昭和　･　平成　17年12月31日（満18歳） | | | | | | | |
| 申込者  住所等  （ア） | | 〒020－0023 | | | | ※メールアドレスは面接時間の連絡に使用するため必ず記入ください。 | | | | | | | | |
| ふりがな | いわてけんもりおかしうちまる | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 岩手県盛岡市内丸11-1 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 019-629-6352 | | | | | | | | | | | |
| Ｅ-mail | iwate@pref.iwate.jp | | | | | | | | | | | |
| 大学等名 | | 医療局大学 | | | | | | | 入学年月日 | 令和６年４月１日 | | | | |
| 実家等  連絡先  （イ） | | 〒020－8570 | | |  | | | | | | | | | |
| ふりがな | いわてけんもりおかしうちまる | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 岩手県盛岡市内丸10-1 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 岩手　太郎 | | | | | | 申込者との続柄 | | 父 | | | |
| 電話番号 | 019-629-6351 | | | | | | | | | | | |
| Ｅ-mail | ishi@pref.iwate.jp | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況（本人を除く） | 氏名 | | | 続柄 | | 年齢 | | 職業（会社名・学生の場合は学校名） | | | | 年収（概算） | | |
| 岩手　太郎 | | | 父 | | 45 | | 会社員（株式会社医師支援） | | | | 600 万円 | | |
| 花子 | | | 母 | | 45 | | 会社員（推進株式会社） | | | | 600 万円 | | |
| 一子 | | | 姉 | | 20 | | 大学生（医療局大学医学部３年） | | | | なし | | |
| 二朗 | | | 弟 | | 16 | | 高校生（県立盛岡西高校２年） | | | | なし | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| 併願希望順位 | 第１希望　（①） ①医療局医師奨学資金【一般枠】  　第２希望　（③） ②医療局医師奨学資金【産婦人科特別枠】  　第３希望　（②） ③岩手県市町村医師養成修学資金  　※併願する場合、右上記から選択のうえ、希望する順に番号を記入してください。  　※国公立大学入学者及び東北医科薬科大学医学部修学資金Ｂ方式の入学者は②には応募することができません。 | | | | | | | | | | | | | |
| 面接時間の希望時間帯 | | | | ・希望なし　　・希望あり（希望時間　13時～　16時頃）  　※応募人数等により希望時間帯どおりとならない場合があります。 | | | | | | | | | | |
| 合否通知の送付先 | | | | ア：申込者　　・　　イ：申込者以外（実家等） | | | | | | | | | | |

　※家族の状況は令和６年４月１日予定で記載してください。

医療局医師奨学資金の貸付を受けたいので申し込みます。

令和６年２月19日

岩手県医療局長　様

申込者　岩手　一郎　　　　　（本人自署）

様式１

**医療局医師奨学生募集申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸付希望月額 | | | | **□　国公立大学、大学院、東北医科薬科大学Ｂ方式**  **□　私立大学（東北医科薬科大学Ｂ方式を除く）**  **□　産婦人科特別枠** | | | | | | | | | **20万円**  **30万円**  **40万円** | |
| 貸付希望期間 | | | | 令和　　年　　月から令和　　年　　月まで（卒業（修了）の月まで） | | | | | | | | | | |
| 申込理由 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申込者 | | ふりがな |  | | | | | | 本籍地 | |  | | | 都・道  府・県 |
| 氏名 |  | | | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | | | 生年月日　昭和　･　平成　　　年　　月　　日（満　　歳） | | | | | | | |
| 申込者  住所等  （ア） | | 〒　　　－ | | | | ※メールアドレスは面接時間の連絡に使用するため必ず記入ください。 | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | | | | | |
| 大学等名 | |  | | | | | | | 入学年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 実家等  連絡先  （イ） | | 〒　　　－ | | |  | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 申込者との続柄 | |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況（本人を除く） | 氏名 | | | 続柄 | | 年齢 | | 職業（会社名・学生の場合は学校名） | | | | 年収（概算） | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | 万円 | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| 併願希望順位 | 第１希望　（　　） ①医療局医師奨学資金【一般枠】  　第２希望　（　　） ②医療局医師奨学資金【産婦人科特別枠】  　第３希望　（　　） ③岩手県市町村医師養成修学資金  　※併願する場合、右上記から選択のうえ、希望する順に番号を記入してください。  　※国公立大学入学者及び東北医科薬科大学医学部修学資金Ｂ方式の入学者は②には応募することができません。 | | | | | | | | | | | | | |
| 面接時間の希望時間帯 | | | | ・希望なし　　・希望あり（希望時間　　　時～　　　時頃）  　※応募人数等により希望時間帯どおりとならない場合があります。 | | | | | | | | | | |
| 合否通知の送付先 | | | | ア：申込者　　・　　イ：申込者以外（実家等） | | | | | | | | | | |

　※家族の状況は令和６年４月１日予定で記載してください。

医療局医師奨学資金の貸付を受けたいので申し込みます。

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　様

申込者　　　　　　　　　　　（本人自署）