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）