

出願希望大学名	筑波大学（一般入試）	応募・申込年月日	平成 年 月 日
茨城県地域医療医師修学資金貸与制度（筑波大学（一般入試）） 応募書 兼 県面接申込書			
ふりがな		生	年 月 日生
氏名	男・女	年	平成31年2月1日現在
		月	(満 才)
		日	
現住所	〒		
	電話：( ) -	携帯：( ) -	
出身学校	名称		
	所在地	〒	
		電話 ( ) -	
卒業等	平成 年 月 卒業・卒業見込		
保護者	住所	氏名	続柄
	〒		
	電話 ( ) -		
卒業後履歴	該当がある場合に記入すること（高校卒業後の在学歴（予備校を含む）、就職歴）		写真貼付欄
	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( )		
	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( )		
面接希望日	以下の面接日のうち面接可能な日を選び希望順を付すこと		
	平成31年2月9日(土)	第 希望	
	平成31年2月10日(日)	第 希望	
他地域枠志望状況	今回の応募以外に応募した地域枠があれば以下に記入すること		
	大学名 ( )		
	大学名 ( )		
筑波大学(全国対象)との併願を希望する場合は、右欄に○を付し、「茨城県地域医療医師修学資金貸与制度 筑波大学(全国対象)のご案内」で定められている全国対象用の誓約書についても併せて提出すること			