

茨城県医師修学資金貸与制度 応募書 兼 面接申込書  
( 受 験 生 用 )

申込年月日		平成 年 月 日	
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日  年 月 日生 (平成31年1月1日現在) 満 才
受験(予定) 大学名  (若しくは正規 合格大学名、 又は入学手続 済大学名)		1. 2. 3. 4.	
申込時の状況		1. 合格発表前 2. 合格発表後 (補欠合格) 3. 合格発表後 (正規合格) 4. 入学手続き済 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">           ・該当する番号に○印をつけて下さい。            ・「1」および「2」に○印をつけた方は<b>仮申請となります</b>。面接日(3/23)までに合格が確定した場合、本申請となる旨を<b>3月22日(金)</b>までに、県医療人材課へ必ず連絡して下さい。         </div>	
現住所		〒	
		電話： ( )	携帯： ( )
出身 学 校	名称		
	所在地	〒	
	卒業等	年 月 日 卒業 ・ 卒業見込	
保護者		住所	氏名
		〒	
		電話： ( )	続柄
※該当がある場合に記入願います。(高校卒業後の在学歴(予備校含む)、就職歴等)			写真貼付欄
卒業後履歴	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		