**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 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |  | | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 | | | 男  ・  女 | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生  （令和２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、  又は入学手続き済大学名 | | | １．  ２．  ３．  ４． | | | | | | | 写真貼付欄 | |
|  | |
| 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 | ・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**仮申請となります**。申請者はその後の状況を3月19日（木）までに県医療人材課へ必ず連絡してください。  期日までに連絡がないと申請は無効となりますので，ご注意ください。 | | | | | | | |
| 現　住　所 | | | 〒 | | | | | | | | |
| 電話：　　　　（　　　　） | | | 携帯：　　　　（　　　　） | | | | | |
| 出　　身　　学　　校 | | 名　称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 電話：　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 卒業等 | 年　　　月　　　日　　　卒業　・　卒業見込 | | | | | | | | |
| 保　護　者 | | | 住　　　　　所 | | | | 氏　　　名 | | | | 続柄 |
| 〒  電話：　　　（　　　） | | | |  | | | |  |
| **※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）** | | | | | | | | | | | |
| 卒業後履歴 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |