**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（　　　　　　　　　　　） |