**茨城県医師修学資金貸与制度　応募書 兼 面接申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生（令和３年１月１日現在）満　　　才 |
| 大学名（学年） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年）※　学年は申込時の学年を記入すること。 | 写真貼付欄 |
|  |
| 現　住　所 | 〒 |
| 電話：　　　　（　　　　） | 携帯：　　　　（　　　　） |
| メールアドレス | ※WEB面接に使用するメールアドレスを記入してください。 |
| 出　　身　　学　　校 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話：　　　　（　　　　） |
| 卒業等 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　卒業 |
| 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（　　　　　　　　　　　） |

**（　在　学　生　用　）**