

修学研修資金貸与申請書

年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 氏名 印

修学資金の貸与を受けたいので、茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例施行規則第2条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日
	在籍する外国の医学校の名称及び学部名並びに在籍学年（修学資金の貸与申請の場合）		
	卒業した外国の医学校の名称及び学部名並びに指定実習医療機関の名称（研修資金の貸与申請の場合）	卒業した外国の医学校の名称及び学部名 指定実習医療機関の名称	
	現住所	〒 電話	
	帰省先の住所	〒 電話 ()	
連帯保証人	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日
	現住所	〒 電話 ()	申請者との関係
連帯保証人	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日
	現住所	〒 電話 ()	申請者との関係

貸与希望期間（修学資金の貸与申請の場合）	年 月から 年 月まで
振込口座	銀行 店 預金種目 口座番号
国内医師免許取得後の就業希望地	保健医療圏

- 備考 1 不要の文字は、抹消すること。
 2 日本の金融機関とし、「振込口座」欄に記載する口座の名義人は、申請者と同一であること。
 3 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。