**茨城県海外対象医師修学研修資金貸与制度（研修資金）**

**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　年　月　日現在）  満　　　才 | |
| 卒業予定  大学名 | | | ※　申込時の状況（以下のいずれかに○を付けてください。）  　　１．卒業見込み  　　２．卒業 | | | | | 写真貼付欄 |
|  |
|  |
| 現住所等 | | | 〒 | | | | | |
| 電話：　　　　（　　　　） | | 携帯：　　　　（　　　　） | | | |
| Eメールアドレス： | | | | | |
| 出　　身　 高 　校 | | 名　称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 電話：　　　　（　　　　） | | | | | |
| 卒業等 | 年　　　月　　　日　　　卒業 | | | | | |
| **※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（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |