

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		生 年 月 日	年 月 日生 (令和4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 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 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> ・該当する番号に○印をつけてください。 ・「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16日(水)までに県医療人材課へ必ず連絡してください。 </div>		
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	〒	
	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 ()		