

# 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6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	・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 <b>仮申請となります</b> 。申請者はその後の状況を3月13日(水)までに県医療人材課へ必ず連絡してください。	
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： ( )		
<b>※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)</b>			
卒業後履歴	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		