

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8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 き済大学名)	1. 2. 3. 4.		写真貼付欄
申込時の状況	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> 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> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> <p>・該当する番号に○印をつけてください。</p> <p>・「1」および「2」に○印をつけた申請者はその後の状況を確定時または3月31日（火）までに県医療人材課へ必ず連絡してください。</p> </div> </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	〒	
		電話： ()	
	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 ()		