

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 (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	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。〕		
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 ()		