

令和9年度入学者用（A区分）		応募・申込年月日		令和 年 月 日	
茨城県地域医療医師修学資金貸与制度県応募書					
ふりがな				写 真 貼 付 欄	
氏 名				1. カラー写真, 上半身, 正面, 無帽, 無背景, 枠なし 2. 縦4cm×横3cm 3. 最近3ヶ月以内撮影 4. 裏面に氏名を記入 5. 全面のり付け	
現住所		〒			
		電話：（ ） —		携帯：（ ） —	
メール アドレス		※eラーニングを受講するメール アドレスを記入して下さい			
受 験 大 学	学校推薦型選抜	学校推薦型選抜で応募する茨城県地域枠について、以下のいずれか一つに○を付すこと。 筑波大学【県内対象】 ・ 北里大学 ・ 東京医科大学 ・ 獨協医科大学 東京科学大学（大学入学共通テスト利用学校推薦型選抜） ・ 日本大学			
出 身 学 校	名称				
	所在地	〒			
	電話	： （ ） —			
	卒業等	年 月 卒業 ・ 卒業見込			
保 護 者	ふりがな				続 柄
	氏 名				
	現住所	〒			
	電話	： （ ） —			
※該当がある場合に記入すること。（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（ ）				