

令和9年度入学者用 (C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	〒			生 年 月 日	年 月 日生 令和9年1月5日現在 (満 才)
	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	一 般 選 抜	一般選抜 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。 ※筑波大学において、県内対象への応募者は全国対象と併願扱いになります。 ・筑波大学（地域枠【県内対象】と地域枠【全国対象】の併願） ・筑波大学（地域枠【全国対象】（第1志望）と一般枠（第2志望）の併願） ・日本大学 ・ 筑波大学（一般枠（第1志望）と地域枠【全国対象】（第2志望）の併願）			
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 ()				