

医療局医師奨学生募集申込書

貸付希望月額	<input checked="" type="checkbox"/> 国公立大学、大学院、東北医科薬科大学B方式 <input type="checkbox"/> 私立大学（東北医科薬科大学B方式を除く） <input type="checkbox"/> 産婦人科特別枠		20万円 30万円 40万円		
貸付希望期間	令和7年4月から令和13年3月まで（卒業（修了）の月まで）				
申込理由	親からの支援のみでは学費を支払うのが困難なため。				
申込者	ふりがな	いわて いちろう			
	氏名	岩手 一郎	本籍地 岩手 府 <b>県</b>		
	性別	<b>男</b> ・女	生年月日 昭和・ <b>平成</b> 18年12月31日（満18歳）		
申込者住所等（ア）	〒020-0023 ※メールアドレスは面接時間の連絡に使用するため必ず記入ください。				
	ふりがな	いわてけんもりおかしうちまる			
	住所	岩手県盛岡市内丸11-1			
	電話番号	019-629-6352			
	E-mail	iwate@pref.iwate.jp			
大学等名	医療局大学	入学年月日	令和7年4月1日		
実家等連絡先（イ）	〒020-8570				
	ふりがな	いわてけんもりおかしうちまる			
	住所	岩手県盛岡市内丸10-1			
	氏名	岩手 太郎	申込者との続柄 父		
	電話番号	019-629-6351			
	E-mail	ishi@pref.iwate.jp			
家族の状況（本人を除く）	氏名	続柄	年齢	職業（会社名・学生の場合は学校名）	年収（概算）
	岩手 太郎	父	45	会社員（株式会社医師支援）	600万円
	花子	母	45	会社員（推進株式会社）	600万円
	一子	姉	20	大学生（医療局大学医学部3年）	なし
	二郎	弟	16	高校生（県立盛岡西高校2年）	なし
併願希望順位	第1希望（①）	①医療局医師奨学資金【一般枠】			
	第2希望（③）	②医療局医師奨学資金【産婦人科特別枠】			
	第3希望（②）	③岩手県市町村医師養成修学資金			
	※併願する場合、右上記から選択のうえ、希望する順に番号を記入してください。				
	※国公立大学入学者及び東北医科薬科大学医学部修学資金B方式の入学者は②には応募することができません。				
面接時間の希望時間帯	・希望なし <b>希望あり</b> （希望時間 13時～16時頃） ※応募人数等により希望時間帯どおりとならない場合があります。				
合否通知の送付先	<b>ア</b> 申込者 ・ イ：申込者以外（実家等）				

※家族の状況は令和7年4月1日予定で記載してください。

医療局医師奨学資金の貸付を受けたいので申し込みます。

令和7年2月17日

岩手県医療局長 様

申込者 岩手 一郎 (本人自署)

### 医療局医師奨学生募集申込書

貸付希望月額	<input type="checkbox"/> 国公立大学、大学院、東北医科薬科大学B方式 <input type="checkbox"/> 私立大学（東北医科薬科大学B方式を除く） <input type="checkbox"/> 産婦人科特別枠	20万円 30万円 40万円			
貸付希望期間	令和 年 月 から令和 年 月 まで（卒業（修了）の月まで）				
申込理由					
申込者	ふりがな	都・道 府・県			
	氏名	本籍地			
	性別	男・女			
申込者 住所等 (ア)	〒 ー ※メールアドレスは面接時間の連絡に使用するため必ず記入ください。				
	ふりがな				
	住所				
	電話番号				
	E-mail				
大学等名	入学年月日	令和 年 月 日			
実家等 連絡先 (イ)	〒 ー				
	ふりがな				
	住所				
	氏名	申込者との続柄			
	電話番号				
	E-mail				
家族の状況 (本人を除く)	氏名	続柄	年齢	職業（会社名・学生の場合は学校名）	年収（概算）
					万円
併願 希望 順位	第1希望 ( )	①医療局医師奨学資金【一般枠】			
	第2希望 ( )	②医療局医師奨学資金【産婦人科特別枠】			
	第3希望 ( )	③岩手県市町村医師養成修学資金			
	※併願する場合、右上記から選択のうえ、希望する順に番号を記入してください。 ※国公立大学入学者及び東北医科薬科大学医学部修学資金B方式の入学者は②には応募することができません。				
面接時間の希望時間帯	・希望なし    ・希望あり（希望時間 時～ 時頃） ※応募人数等により希望時間帯どおりとならない場合があります。				
合否通知の送付先	ア：申込者    ・    イ：申込者以外（実家等）				

※家族の状況は令和7年4月1日予定で記載してください。

医療局医師奨学資金の貸付を受けたいので申し込みます。

令和 年 月 日

岩手県医療局長 様

申込者 \_\_\_\_\_ (本人自署)