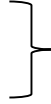


- 岩手県知事 達増 拓也 様 (岩手県医師修学資金)
- 岩手県医療局長 小原 重幸 様 (医療局医師奨学資金)

申込者 _____

- 岩手県医師修学資金
- 医療局医師奨学資金



貸与候補生応募申込書

標記の貸与候補生に申し込みます。

| | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|------------------------|--------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| 氏名 | | | 貸与を希望する奨学金 | <input type="checkbox"/> 岩手県医師修学資金 <input type="checkbox"/> 医療局医師奨学資金 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | 貸付希望期間 | 年度分から年度分まで | |
| 住所 | (郵便番号 —) | | 電話番号 (— —) | | | |
| 出身高校等 | 所在地 | 都・道 府・県 | 学校 | 年 月 | 卒業 卒業見込 | |
| 高校等卒業後の学歴等 | 他大学入学 | | 年 月～ | 年 月 | 本人 写真を 貼付 (縦4cm×横3cm) | |
| | 就職 | | 年 月～ | 年 月 | | |
| | その他(予備校等) | | 年 月～ | 年 月 | | |
| 親権者 | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | (郵便番号 —) 電話番号 (— —) | | | | |
| ※ 本人の住所と同じ場合は記載不要 | | | | | | |
| 家 (本人を除く、 家族の 年齢は提出日現在) | 氏名 | 続柄 | 年齢 歳 | 同居・ 別居の別 | 職業(勤務先) 又は学校 | 年間収入額 (父母又は家計支持者のみ) 円 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- 申込者は、岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠A (岩手県出身者枠) の出願予定者であることを証明します。
 - 申込者は、岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠B (東北出身者枠) の出願予定者であることを証明します。
- 令和 年 月 日

学校長



(裏面) ※裏面は自書すること

| | |
|----------------------|--|
| 借受けを希望する理由 | |
| 岩手県の地域医療に貢献する医師を志す理由 | |

上記のとおり相違ありません

氏名 _____ (自署)