

いわて医学奨学金貸付者（岩手県知事・岩手県医療局長） 様

いわて医学奨学金貸与候補生応募申込書

標記の貸与候補生に申込みます。

なお、私は募集要項に掲げてある申込要件をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実に相違ありません。

氏 名		貸与を希望する奨学金 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 岩手県医師修学資金 (岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠A)			
			<input type="checkbox"/> 医療局医師奨学資金 (岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠B)			
生 年 月 日	年 月 日	貸付希望期間	令和8年度分から 令和13年度分まで			
住 所	(郵便番号 —)					
	電話番号： 携帯電話： E-mailアドレス：					
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 就 職 年 月～ 年 月 その他（予備校等） 年 月～ 年 月				本 人 写 真 を 貼 付 (縦4cm×横3cm)	
親 権 者	氏 名					
	住 所	(郵便番号 —) 電話番号 (— —)				
家(本人を除く、 族の年齢は提出日現在 状況)	氏 名	続 柄	年 齢	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)
			歳			円

貸与を希望 する理由	
岩手県の地域医療 に貢献する医師を 志す理由	