

島根県知事

様

申請者氏名（本人）



医学生地域医療奨学金貸与申請書

奨学金の貸与を受けたいので、医学生地域医療奨学金貸与規則第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、貸与を受けることとなった上は、同規則を遵守し、指定医療機関に所定の期間勤務することを誓います。

貸与申請期間		年 月 日から 年 月 日まで	申請金額	円
本人	ふりがな			大学
	氏名	大学名及び 大学院名等		学科
	性別	男性・女性		学年在学
	生年月日	年 月 日生	出身学校	年度入学
	現住所及び電話番号等	〒 ( ) — メールアドレス:		
帰省先住所及び電話番号	〒 ( ) —			
連帯保証人	連帯保証人は、上記の申請者がこの奨学金の貸与を受けたときは、その貸与額の全額について申請者本人と連帯してその債務を保証します。			
	氏名	(実印)	生年月日	年 月 日生
	住所及び電話番号	〒 ( ) —		続柄
島根県以外の医学生向け奨学金	<input type="checkbox"/> 受けている (都道府県名又は市町村名 ) <input type="checkbox"/> 受ける予定がある (都道府県名又は市町村名 ) <input type="checkbox"/> なし			

1 関係書類

- (1) 大学の在学証明書（大学入学前に申請する者は、大学入学後速やかに提出すること。）
- (2) 連帯保証人についての市町村長の発行する所得証明書及び印鑑証明書
- (3) 学業及び人物について所見を記載した大学の学長の推薦書（大学入学前又は大学入学の直後に申請する者は、出身高等学校長の証明する調査書）【全国大学卒のみ】
- (4) 医師免許証の写し及び臨床研修を修了したことを証明する書類（大学院生のうち該当者に限る。）
- (5) 小論文【全国大学卒のみ】

2 記載上の留意点

「島根県以外の医学生向け奨学金」は、一定期間の勤務を条件に返還が免除される奨学金が対象です。