

研修医奨学金貸付申請書

年 月 日

(宛先)千葉県山武市長

申請者氏名

研修医奨学金の貸付けを受けたいので、山武市医学生奨学金等貸付に関する条例第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、貸付けを受けることとなったときは、山武市医学生奨学金等貸付に関する条例及び山武市医学生奨学金等貸付に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例に規定する必要勤務期間、さんむ医療センターにおける業務に従事します。

申請者	ふりがな		生	年	月	日	
	氏名			年	月	日 (満 歳)	
	住所	〒					
	電話番号	(自宅等)	(携帯電話等)				
	主たる研修先 医療機関	名称					
		住所					
医籍登録番号及び 登録年月日	臨床研修予定期間 年 月 日から 年 月 日まで 医籍登録番号() 登録年月日 年 月 日						

連帯保証人	ふりがな		生年月日 及び年齢	年	月	日 (満 歳)
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号			続柄		
	職業					
	極 度 額	円				

連帯保証人	ふりがな		生年月日 及び年齢	年	月	日 (満 歳)
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号			続柄		
	職業					
	極 度 額	円				

連帯保証人は、申請者が貸付けを受ける医学生奨学金等について、本人と連帯して責任を負うものとします。