

大田市病院事業管理者

様

申請者 氏 名

Ⓜ

医学生奨学金貸与申請書

奨学金の貸与を受けたいので、大田市立病院医学生奨学金貸与規程第7条の規定により、関係書類を添えて提出します。

なお、貸与を受けることとなった上は、同規程を遵守し、大田市立病院で所定の期間臨床研修を受けることを誓います。

申 請 者	ふりがな		大 学 名 等	大学	
	氏名			学科	
	性別	男性 ・ 女性			
	生年月日及び年齢	年 月 日生 (満 歳)		学年在学 年度入学	
現住所及び電話番号等	〒 電 話 番 号 : () — メールアドレス :				
	帰省先住所及び電話番号	〒 電 話 番 号 : () —			
貸与期間		①平成29年4月～平成30年3月 ②平成29年4月～平成31年3月 (いずれかに○)			
研修予定プログラム	①大田市立病院初期臨床研修プログラム ②同プログラム・島根大学たすきがけコース ③未定 (いずれかに○)				
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		Ⓜ	生年月日	
	住所 電話番号	〒 電 話 番 号 : () —			続柄
この奨学金と抵触する他の奨学金	<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				

添付書類

- 1 大学の在学証明書
- 2 市町村長が発行する連帯保証人の印鑑登録証明書(発行後3か月以内のもの)
- 3 大田市立病院での初期臨床研修を志望する理由と今後の進路希望(400字程度)