

(裏)

申請理由

将来の目標（県内の公的医療機関等において特定診療科の医師として勤務しようとする意思を具体的に記載してください。）

連帯保証人

本籍			
住所	郵便番号	電話番号	
(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月 日
	年齢	歳	
申請者との続柄	職業	勤務先	

上記により申請者が大学院生修学資金の貸与を受けたときは、申請者と連帯してその返還の債務を履行します。

年 月 日

連帯保証人
氏名

㊞

(注) 申請書には、次の書類を添付してください。

- ① 大学院の在学証明書
- ② 在学する大学院の学長（研究科長）の推薦書（様式第2号）
- ③ 医師免許証の写し
- ④ 健康診断書（申請の日前2カ月以内に作成したもの・任意様式可）
- ⑤ 本人と連帯保証人の戸籍抄本及び住民票の写し
- ⑥ 本人の収入を証する書面及び本人と生計を同じくする家族全員の収入を証する書面