

年 月 日

福知山市病院事業管理者 様

申請者名 ㊟
未成年の場合：法定代理人 ㊟

市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等貸与申請書

市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等の貸与に関する条例に基づく奨学金等の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな氏名				生年月日		年 月 日生（満 歳）	
現住所		〒（ ） 電話番号					
その他の連絡先		〒（ ） 電話番号					
申請者の区分	臨床研修医	医師登録番号		第 号		登録日 年 月 日登録	
		所属医療機関等の名称					
		所属医療機関等の所在地					
		修了等予定年月		年 月 修了等見込み			
		出身大学の名称				卒業年月 年 月	
	大学院生	医師登録番号		第 号		登録日 年 月 日登録	
		大学院の名称					
		大学院の所在地					
		在学予定期間		年 月 ～ 年 月			
		出身大学の名称				卒業年月 年 月	
	大学生	大学の名称					
		大学の所在地					
		学部学科名				学年 年	
		卒業予定年月		年 月 卒業見込			
申請内容	貸与基本月額		15万円				
	特定診療科加算（月額5万円）の希望の有無		有（従事（予定）診療科： ） 無				
	合計額（ 月額 ）		万円				
	貸与希望期間		年 月 ～ 年 月まで（ か月）				
	貸与希望総額		万円（希望月額×希望月数）				
連帯保証人	1	氏名			申請者との関係		
		住所	〒（ ） 電話番号				
		職業					
	2	氏名			申請者との関係		
		住所	〒（ ） 電話番号				
		職業					
上記申請者が貸与を受ける奨学金等については、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを約します。 連帯保証人 氏名 ㊟ 連帯保証人 氏名 ㊟							

（注） 1 申請者が未成年の場合は、連帯保証人のうち 1 名は、法定代理人とし、申請者名の下に法定代理人も署名し、押印してください。
2 申請者及び連帯保証人の印は、印鑑証明書と同一のものを押印してください。

(申請理由等)

[illegible]