様式第１号（第３条関係）

医師確保奨学金貸付申請書

年　　月　　日

四国中央市長　　様

　住　所

氏　名

（申請者が未成年の場合）

保護者等　住　所

氏　名

　　医師確保奨学金の貸付けを受けたいので、四国中央市医師確保奨学金貸付条例施行規則第３条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 現住所 | 電話番号 | | | | |
| 帰省先住所 | 電話番号 | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性　別 | 男・女 |
| 保 護 者 等 | ふりがな  氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性　別 | 男・女 |
| 住所 | 電話番号  電話番号 | | | | |
| 貸付希望額等 | 大学名 |  | | | | |
| 入学年月日 | 年　月　日 | 卒業予定年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 貸付希望期間 | 年　　月から　　　　年　　月まで（　　　月間） | | | | |
| 修学資金奨学金 | 円 | | | | |
| 入学資金奨学金 | 円 | | | | |
| 貸付希望総額 | 円 | | | | |
| 連 帯 保 証 人 | 住所 | 電話番号  電話番号 | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性　別 | 男・女 |
| 職業 |  | | | 続柄 |  |
| 住所 | 電話番号  電話番号 | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性　別 | 男・女 |
| 職業 |  | | | 続柄 |  |

備考　第３条第１項に規定する書類を添付すること。

様式第２号（第３条関係）

誓約書

年　　月　　日

四国中央市長　　様

　住　所

氏　名

（申請者が未成年の場合）

保護者等　住　所

氏　名

医師確保奨学金の貸付けを受けることとなったときは、四国中央市医師確保奨学金貸付条例及び四国中央市医師確保奨学金貸付条例施行規則の規定を遵守し、将来、指定医療機関において医師としての業務に従事します。