

様式第 1 号(第 4 条関係)

庄原市医療従事者育成奨学金貸付申請書

|                            |                        |                                                        |  |    |     |
|----------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|--|----|-----|
| 奨学金の種類                     |                        | 1. 医学生      2. 看護学生等（看護師・准看護師・助産師）                     |  |    |     |
| 本人<br>（申請者）                | ふりがな                   |                                                        |  | 性別 | 男・女 |
|                            | 氏 名                    |                                                        |  |    |     |
|                            | 生年月日                   | 年      月      日      （ 満      歳      ）                 |  |    |     |
|                            | 現 住 所<br>・ 電話番号        | 〒      ー      TEL      （      ）                        |  |    |     |
|                            | 帰省先住所<br>・ 電話番号        | 〒      ー      TEL      （      ）                        |  |    |     |
| 学校<br>名<br>等               | 大学等の名称                 | 大学      学部      学年<br>学校                               |  |    |     |
|                            | 所 在 地                  |                                                        |  |    |     |
| 保<br>護<br>者                | ふり      がな<br>氏      名 | 申請者との続柄                                                |  |    |     |
|                            | 現 住 所<br>・ 電話番号        | 〒      ー      TEL      （      ）                        |  |    |     |
| 奨<br>学<br>金<br>の<br>内<br>訳 | 期      間               | 年      月      日から      年      月      日まで<br>（      月分） |  |    |     |
|                            | 月      額               | 円      ×      月分      =      円                         |  |    |     |
|                            | 入学支度金                  | 円                                                      |  |    |     |
| 連<br>帯<br>保<br>証<br>人      | ふり      がな<br>氏      名 | 申請者との続柄                                                |  |    |     |
|                            | 現 住 所<br>・ 電話番号        | 〒      ー      TEL      （      ）                        |  |    |     |
|                            | ふり      がな<br>氏      名 | 申請者との続柄                                                |  |    |     |
|                            | 現 住 所<br>・ 電話番号        | 〒      ー      TEL      （      ）                        |  |    |     |

庄原市医療従事者育成奨学金の貸付を受けたいので、保護者連署のうえ関係書類を添えて申請します。

なお、本奨学金の貸付を受けることとなったときは、庄原市医療従事者育成奨学金貸付条例及び庄原市医療従事者育成奨学金貸付条例施行規則の規定を遵守し、資格取得後は、庄原市内の医療機関等に医療従事者としてその業務に従事します。

また、本奨学金の趣旨に基づき、私の奨学生情報を庄原市内の医療機関等に提供することについて同意します。

年 月 日

庄 原 市 長 様

申請者 住所

(本人) 氏名

保護者 住所

(父母等) 氏名

【添付書類】

| 区分    | 提出する書類                                                                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医学生   | 1 大学の在学証明書<br>2 在学する大学の推薦調書又は直近に在学していた高等学校等の推薦調書（様式第2号）<br>3 在学する大学の学業成績表（当該年度の入学者は除く。）<br>4 その他市長が必要と認める書類                     |
| 看護学生等 | 1 大学又は養成施設の在学証明書<br>2 在学する大学若しくは養成施設の推薦調書又は直近に在学していた高等学校等の推薦調書（様式第3号）<br>3 在学する大学又は養成施設の学業成績表（当該年度の入学者は除く。）<br>4 その他市長が必要と認める書類 |