

鳥取県緊急医師確保対策奨学金貸付申請書

職 氏 名 様

鳥取県緊急医師確保対策奨学金の貸付けを受けたいので、連帯保証人及び保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

印

卒業(在学)高等学校名	
課 程 ・ 学 年 (高等学校在学者のみ)	
卒 業 年 次 (高等学校卒業者のみ)	年 月卒
借 受 者 資 格 要 件 (該当する資格の□の中に ✓ 印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 県内の高等学校卒業生 (卒業見込み者) <input type="checkbox"/> 県外の高等学校卒業生 (卒業見込み者) (具体的な内容)
貸 付 希 望 期 間	年 月分から 年 月分まで

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人 住所

氏名

本人との関係

印

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり債務を保証します。

保証人 住所

氏名

本人との関係

印

誓約書

職 氏 名 様

奨学生として決定された上は、鳥取県緊急医師確保対策奨学金貸付規則を堅く守り、学業に励むとともに、卒業後は鳥取県の地域医療に貢献することを誓います。

年 月 日

住所

氏名

Ⓔ

年 月 日生

鳥取県緊急医師確保対策奨学金貸付推薦書

奨学金申請者の氏名	
学校名・学科	
卒業年次	年 月 (卒業見込 ・ 卒業)
成績概評	
人物概評	
その他推薦の参考事項	
<p>職 氏 名 様</p> <p>上記の者は、貴県の奨学生として適当な者と認め、推薦します。</p> <p>年 月 日</p> <p>高等 学 校 名</p> <p>推薦者職・氏名 印</p>	