

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。

〇〇年 〇月 〇日

申請者 郵便番号 〒000-0000
住 所 鳥取県米子市〇〇
氏 名 鳥取 太郎
電話番号 0000-00-0000

㊞

卒業(在学)高等学校名	〇〇 高校
課 程 ・ 学 年 (高等学校在学者のみ)	〇〇科 〇年
卒 業 年 次 (高等学校卒業者のみ)	〇〇年 〇月卒
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 checked="" 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	〇〇年 4月分から 〇〇年 3月分まで ← 大学に入学した月から卒業年月まで

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 鳥取県鳥取市 〇〇
氏名 鳥取 春男
本人との関係 女

㊞

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 鳥取県倉吉市 〇〇
氏名 鳥取 夏子
本人との関係 叔母

㊞

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。

〇〇年 〇月 〇日

住所 鳥取県米子市〇〇〇
氏名 鳥取太郎 ㊟
年 〇月 〇日生

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>〇〇年〇月〇日</p> <p>高等学校名 〇〇高校</p> <p>推薦者職・氏名 (学校長)</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

様式第4号 (第6条関係)

鳥取県緊急医師確保対策奨学金貸付予定者進学届出書

職 氏 名 様

鳥取大学医学部医学科に特別養成枠により入学したので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。
なお、他に貸与又は給与を受ける奨学金は、次のとおりです。

〇〇年〇月〇日

貸付予定者 郵便番号 〒〇〇〇-〇〇〇〇
住 所 鳥取県米子市〇〇〇
氏 名 鳥取太郎 ㊞
電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

他の奨学金の貸与・給与の有無（いずれかに○を付けるとともに、有の場合は、奨学金の名称と貸与者を記入してください。）	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
	奨学金の名称	
	奨学金の貸与者	

添付書類 在学証明書