

様式第1号（第4条関係）

埼玉県医師育成奨学金貸与申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

埼玉県医師育成奨学金の貸与を受けたいので、埼玉県医師育成奨学金貸与条例施行規則第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

1 在学（出身）の高等学校等

(1) 名 称

(2) 所 在 地

(3) 卒業年月 年 月卒業（見込み）

2 大学の名称及び学部・学科名

大学

学部

学科

3 貸与申請金額 月額 円

~~大学に入学するために必要な費用~~ 円

4 貸与申請期間 年 月から 年 月まで

※ 申請者が未成年の場合に記入してください。

上記申請について同意します。

親権者（未成年後見人） 住所

氏名

続柄

親権者（未成年後見人） 住所

氏名

続柄