

別記
第 1 号様式（第 5 条関係）

修学資金貸付申請書

		新規・継続の別		新・継		
貸付申請額等	岐阜県特定診療科医学生修学資金					
	従事を希望する特定診療科名	外科・小児科・産婦人科 ・救急科・麻酔科・ 総合診療科	貸付申請額	月額 円		
	大学卒業までの貸付期間	年 月から 年 月まで				
	今回申請期間及び申請額	年 月から 年 月まで 円				
本人	ふりがな		大学名等	大学 学科 所属する学年 年		
	氏 名					
	生年月日及び年齢	年 月 日 (満 歳)				
	大学入学 年 月	年 月	卒業予定 年 月	年 月		
	現住所及び 電話番号	〒 () - 携帯電話 - -				
	帰省先住所及び 電話番号	〒 () -				
	高校在学時の 居住市町村名					
	メール アドレス	携帯メール： P C メール：				
添 付 書 類	1 履歴書＊ 2 大学の在学証明書 3 戸籍抄本＊ 4 在学する大学の長又は学部長の推薦調書＊ 5 大学成績証明書 6 その他知事が必要と認めるもの ＊は継続貸付申請時には添付不要					
上記のとおり、岐阜県特定診療科医学生修学資金の貸付けを受けたいので申請します。 年 月 日 申請者氏名 岐阜県知事 様						

従事を希望する特定診療科は該当するもの 1 つを○で囲むこと。

上記の申請者が貸付けを受ける岐阜県特定診療科医学生修学資金の返還債務については、
本人と連帯して履行することを保証します。
なお、破産宣告は受けておりません。

年 月 日

岐阜県知事 様

連 帯 保 証 人	住 所		電話番号 (自宅)	
	氏 名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (満 歳)
	職 業		本人との 続 柄	
	住 所		電話番号 (自宅)	
	氏 名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (満 歳)
	職 業		本人との 続 柄	