

米沢市立病院医師奨学資金貸付申込書

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------|
| 写 真 | ※ 申 込 番 号 | ※ 受 付 日 | ※ 受 付 者 印 |
| (1) 写真は、裏全面にのりを付けてこの欄に貼ってください。 (2) 写真は、申込み前6月以内に撮影した脱帽、正面上半身の縦4.5cm、横3.5cmのもの (3) 写真がない場合は、受理できません。 | | 平成 年 月 日 | |
| | ふりがな | | |
| | 氏 名 | | |
| 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 | | | |
| 〒 - 電話 () | | | |
| 現 住 所 | | | |
| 〒 - 電話 () | | | |
| 連 絡 先 | | | |
| 貸付予定期間 | 年 月から 年 月まで (箇月) | | |
| 貸付予定金額 | 月額 円 × 箇月 合計 円 | | |
| 年 | 月 | 学 歴 ・ 職 歴 | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |
| S・H 年 | 月 | | |

- 1 連絡先が、現住所と同じ場合は記入する必要はありません。
- 2 学歴は中学校以上とし、入学と卒業などを別々に記入してください。
- 3 ※の欄には記入しないでください。
- 4 面接日時は、下の申込書控を郵送して連絡いたします。

米沢市立病院医師奨学資金貸付申込書控

| | | |
|-----------|-----|-----------------------------|
| ※ 申 込 番 号 | 氏 名 | ※ 面 接 日 時 |
| | | 平成 年 月 日 : ~ |