

## 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。	令和      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・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    年	月		
S・H・R    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
		令和    年    月    日    :    ~