

別記第1号様式

新潟県医師養成修学資金貸与申請書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会
理事長 様

申請者 住 所 (〒 -)

写真貼付欄
4cm×3cm
帽子やサングラス等
着用の写真及びスナ
ップ写真等は
不可。最近3ヶ月
以内に撮影された証
明写真を全面糊
付の上貼付する。

(ふりがな)
氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生
性 別 男・女
電話番号
E-mail

下記のとおり新潟県医師養成修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請区分 (貸与を受けたい 修学資金のコース)		ア 重点コース (新潟大学医学部「新潟県地域枠」) イ 重点コース (新潟県育成枠)					
所 属	大 学 名				所 在 地		
	学部(学科)				学 年		
	入学年月日	年	月	日	卒業見込年月	年	月
学 歴	高等学校等	年	月				
		年	月				
	高等学校等 以降	年	月				
		年	月				
家 族 状 況	続柄	氏名	性別	居 住 地	職業 (勤務先)	年収(円)	
保証人	上記の者が新潟県医師養成修学資金の貸与を受けましたうえは、その連帯保証人となり、医師養成修学資金貸与事業実施規則及び同実施規程に従い、誠実に債務を履行することを保証します。						
	住 所						
	氏 名	⑩			⑩		
	生年月日	年	月	日生	年	月	日生
	電話番号						
	職 業						
	本人との続柄						

家計の実情等申出書
(新潟県医師養成修学資金貸与申請用)

申請書の年収については、前年の状況を記入することとなっていますが、その収入額と現在（今年）の状況が大幅に違う場合（災害、失業、その他）は、その実情等を記入してください。
なお、収入に大幅違いがない場合又は提出の意思がない場合は提出しなくても差し支えありません。

(今年の収入（税込）見込額： _____円)

上記申出の内容のとおり相違ないことを証します。

年 月 日

保護者(主たる家計維持者)の氏名 印

(申請者の氏名： 申請者との続柄：)