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

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。

申請者　住　　所　（〒　　－　　）

(ふりがな)
氏　　名　　㊞

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（貸与受けたい修学資金のコース）	重点コース（東京医科大学医学部「新潟県地域枠」）			
所属	大学名	東京医科大学	所在地	東京都新宿区新宿６丁目１－１
	学部(学科)	医学部（医学科）		
	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)

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（重点コース（東京医科大学医学部「新潟県地域枠」））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。

保証人			
	住　所		
	氏　名	㊞	㊞
	生年月日	年　月　日生	年　月　日生
	電話番号		
	職　業		
	本人との続柄		

所　信　書

（医師養成修学資金貸与申請書　裏面）

申請者氏名（ふりがな）	年齢	大学・学部（学科）
㊞		東京医科大学医学部（医学科）

申　請　し　た　理　由

将　来　の　抱　負　（400 字以内）

（本県の地域医療に従事する意欲やどんな医師になりたいか等について自由に記載すること）