

様式第1号（第5条関係）

鳥取県緊急医師確保対策奨学金貸付申請書

鳥取県知事 平井 伸治 様

鳥取県緊急医師確保対策奨学金の貸付けを受けたいので、連帯保証人及び保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

卒業(在学)高等学校名	
課 程 ・ 学 年 (高等学校在学者のみ)	
卒 業 年 次 (高等学校卒業者のみ)	令和 年 月 卒
借 受 者 資 格 要 件 〔 該当する資格の□の中に ✓印を付けてください 〕	☐ 県内の高等学校卒業生（卒業見込み者） ☐ 県外の高等学校卒業生（卒業見込み者） 〔 具体的内容 〕
貸 付 希 望 期 間	令和 年 月 分から令和 年 月 分まで

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人 住 所

氏 名

㊞

本人との関係

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは、保証人となり債務を保証します。

保 証 人 住 所

氏 名

㊞

本人との関係