

様式第1号(第5条関係)

鳥取県臨時特例医師確保対策奨学金貸付申請書

鳥取県知事 様

鳥取県臨時特例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。

平成 年 月 日

申請者 郵便番号

住所

氏名

㊟

電話番号

| | |
|--------------------------|--------------------|
| 大 学 名 | |
| 学 部 ・ 学 科 ・ 課 程 名 | |
| 卒 業 高 校 名 及 び 卒 業 年 次 | 年 月卒 |
| 貸 付 希 望 期 間 | 平成 年4月分から平成 年3月分まで |
| 当該奨学金以外に貸付けを受けている奨学金名 | |

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