年　　月　　日

福島県民主医療機関連合会

会長　　北條　徹　　殿

申請者名　　　　　　　　　　　　印

福島県民主医療機関連合会

医学生奨学金貸与申請書

私事、貴連合会の医学生奨学金支給規定の定めるところに従い、下記のとおり奨学金を貸与していただきたく、保証人連著の上、申請いたします。

記

◆　貸与期間　　　　　　　　年　　　月より　　　　　　　　年　　　　月まで

　　　　　　　　※入学手続き時の貸与希望　　有・無　　(有の場合の貸与希額　　　　　)

◆　受給者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日生　( 歳)

　　申請時の現住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号( ) -

* 学校名　　　　　　　　　　　　大学　入学年月　　　　　年　　　月　現在の学年　　　年生

学校の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号( ) -

◆連帯保証人(独立の生計を営む者)

　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　年齢　　　　　歳

　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号( ) -

　　　　　職業

　　　　　受給者との関係

◆連帯保証人(独立の生計を営む者)　一般貸与(月１５万円)のみの申請の場合は記入不要です。

　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　年齢　　　　　歳

　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号( ) -

　　　　　職業

　　　　　受給者との関係

以上

身上書

◆申請の主な動機

◆医師志望の動機

◆将来の医師像(患者との関係で、どのような医師になりたいか)

◆将来実践したい医療活動(ex へき地での診療所、高齢者医療、障碍者医療)

◆民医連に対する印象(率直に、疑問点なども記入してください)