

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 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。

平成 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）	年 月 卒
借 受 者 資 格 要 件 （該当する資格の□の中にレ印を付けてください。）	<input type="checkbox"/> 県内の高等学校卒業生（卒業見込み者） <input type="checkbox"/> 県外の高等学校卒業生（卒業見込み者） （具体的な内容 )
貸 付 希 望 期 間	平成 年4月分から平成 年3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