

北海道医師養成確保修学資金貸付申請書

北海道知事 様

年 月 日

申請者 氏 名



次のとおり修学資金の貸付けを受けたいので、北海道医師養成確保修学資金貸付条例第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、貸付けを受けることとなった上は、同条例及び北海道医師養成確保修学資金貸付条例施行規則の規定を遵守するとともに、道内の医療機関に9年以上勤務し、かつ、当該勤務期間のうち5年以上北海道知事が指定する公的医療機関等において、医師として従事することを誓います。

本 人	ふりがな氏名		大 学 名	
	生 年 月 日 及 び 年 齢	年 月 日 ( 満 歳 )	貸 付 希 望 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	本 籍			
	住 所 及 び 電 話 番 号	〒 ( ) -		
	電 子 メール ア ド レ ス			
連 帯 保 証 人	ふりがな氏名			
	生 年 月 日	年 月 日		年 月 日
	申 請 者 と の 関 係			
	本 籍			
	住 所 及 び 電 話 番 号	〒 ( ) -	〒 ( ) -	
職 業				

上記の申請者に係る北海道医師養成確保修学資金貸付条例の規定により貸し付けられた修学資金について一切の債務を連帯して保証します。

北海道知事 様

年 月 日

連帯保証人 氏 名



連帯保証人 氏 名



注 申請者が未成年者である場合は、連帯保証人のうち1人は申請者の法定代理人とすること。