

様式第1号その6(第2条関係)

医師留学資金貸与申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

申請者(本人)氏名

医師留学資金の貸与を受けたいので、佐賀県医師修学資金等貸与条例施行規則第2条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、貸与を受けることとなったときは、佐賀県医師修学資金等貸与条例及び佐賀県医師修学資金等貸与条例施行規則の規定を遵守し、同条例に規定する必要勤務期間、知事が指定する医療機関等における業務に従事することを誓います。

本人	ふりがな		留学受入機関の 名称及び所在地				
	氏名						
	生年月日 及び年齢	年 月 日 (満 歳)	貸与期間※	年 月 日から	年 月 日まで		
	現住所及び 電話番号	〒 - 電話番号 ()					
	医籍登録番号 及び登録年月日	(号) 年 月 日登録	留学期間	年 月 日から	年 月 日まで		
連帯保証人	ふりがな		生年月日	年 月 日	職業		
	氏名						
	現住所及び 電話番号	〒 - 電話番号 ()				続柄	
	ふりがな		生年月日	年 月 日	職業		
	氏名						
現住所及び 電話番号	〒 - 電話番号 ()				続柄		

注 ※印欄は、記入しないこと。

添付書類

- 1 申請者及び各連帯保証人の身分証明書(学生証、運転免許証、健康保険証等)の写しその他本人確認を行うことのできる書面。ただし、他の方法により本人確認を行うことができる場合は、この限りでない。
- 2 留学受入機関の入学許可証等
- 3 医師免許証の写し
- 4 その他知事が必要と認めるもの