

へき地勤務医師等修学資金貸与申請書

へき地勤務医師等修学資金貸与条例に基づき修学資金の貸与を受けたいので申請します。
なお、貸与を受けるについては、貸与条件を遵守し、卒業後は、へき地勤務医師等修学資金貸与条例第2条に規定するへき地医療機関等に勤務し、診療に従事することを誓います。

令和7年4月1日

申請者 現住所 鹿児島市鴨池新町10-1

氏名 県庁 一郎

申請者未成年の場合
親権者（後見人）

住所

氏名

※申請者押印不要

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

上記の者がへき地勤務医師等修学資金の貸与を受けたときは、本人と連携してその返還の債務を負担します。

印鑑登録証明書と同一印（実印）

令和7年4月1日

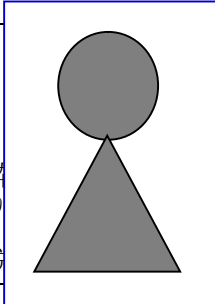
連帯保証人 住所 鹿児島市鴨池新町10-1

氏名 県庁 太郎

連帯保証人 住所 鹿児島県さつま町虎居704-2

氏名 鹿児島 健太郎

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

現住所	(〒890-8577) 鹿児島市鴨池新町10-1					
氏名	(フリガナ) ケンチョウ 一郎 県庁 一郎					
生年月日	平成19年9月11日生（満18歳）					
連絡先電話番号	099-286-2653					
義務教育修了後の学歴	学校	学部	学科	修業年限	修学期間	卒業・修了・中退・在学の別
	〇〇高校	普通科		3年	平成4年4月～令和7年3月	卒業
連帯保証人	〇〇大学	医学部		6年	令和7年4月～令和8年3月	在学（1年生）
	現住所	(〒〇〇-〇〇) 鹿児島市〇〇			現住所	(〒〇〇-〇〇) 鹿児島市〇〇
	電話番号	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇			電話番号	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンチョウ 太郎 県庁 太郎			氏名	(フリガナ) ケンチョウ 健太郎 鹿児島 健太郎
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日			生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
職業（勤務先）	医師 (△△病院)			職業（勤務先）	会社員 (株)〇△□	
本人との続柄又は関係	父			本人との続柄又は関係	伯父	

※保証人：それぞれ独立の生計を営む成人2名が必要（年金受給者等を除く）