

滋賀県医学生修学資金与申請書

貸 与 番 号
（※記入しないでください。）
医 修 貸 ー

新規・継続の別	1 新 規 2 継 続	氏 名	(姓)											(名)										
			カタカナ																					
			漢字																					

性別	生 年 月 日				大 学 入 学			大 学 卒 業 (見 込 み)			(学士編入の場合) 編 入 学 年	貸 与 申 請 年 額								
	年 号	年	月	日	年 号	年	月	年 号	年	月		万 円								
												1	8	0						
在籍大学・学部学科名					大 学										学 部			学 科		
将来、診療にあたらうと 考えている診療科																		科		

滋賀県医学生修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

年 月 日

滋賀県知事 へ

(申請者)

(〒)

住 所

氏 名 ㊟

電話番号 () ー

保 証 書

上記の者が貸与を受ける滋賀県医学生修学資金については、本人と連帯して債務を負担します。

年 月 日

滋賀県知事 へ

(連帯保証人)

(〒)

住 所

氏 名 ㊟

電話番号 () ー

申請者との関係
(続柄)