

年 月 日

福島県民主医療機関連合会
会長 松本 純 殿

申請者名 _____ 印

福島県民主医療機関連合会

医学生奨学金貸与申請書

私事、貴連合会の医学生奨学金支給規定の定めるところに従い、下記のとおり奨学金を貸与していただきたく、保証人連署の上、申請いたします。

記

◆ 貸与期間 _____ 年 月より _____ 年 月まで

◆ 受給者氏名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日生 (_____ 歳)

申請時の現住所 _____
_____ 電話番号(_____) - _____

◆ 学校名 _____ 大学 入学年月 _____ 年 月 現在の学年 _____ 年生
学校の住所 _____
_____ 電話番号(_____) - _____

◆連帯保証人(独立の生計を営む者)

氏名 _____ 印 _____ 年齢 _____ 歳
住所 _____
_____ 電話番号(_____) - _____

職業 _____
受給者との関係 _____

◆連帯保証人(独立の生計を営む者)

氏名 _____ 印 _____ 年齢 _____ 歳
住所 _____
_____ 電話番号(_____) - _____

職業 _____
受給者との関係 _____

以上

身上書

◆申請の主な動機

◆医師志望の動機

◆将来の医師像(患者との関係で、どのような医師になりたいか)

◆将来実践したい医療活動(ex へき地での診療所、高齢者医療、障害者医療)

◆民医連に対する印象(率直に、疑問点なども記入してください)
