

(要綱第3条第1項第3号、第4号、第5号及び第6号に掲げる者)

様式第1-3号

大阪府地域医療確保修学資金等貸与申請書

年 月 日

大阪府知事 様

住 所 :

フリガナ:

氏 名 :

年 月 日生

電話番号:

E-Mail :

大阪府地域医療確保修学資金等貸与要綱第5条の規定により、下記のとおり修学資金等の貸与を申請します。

なお、貸与を受けることとなったうへは、大阪府地域医療確保修学資金等貸与要綱及び大阪府地域医療確保修学資金等貸与要領に定められた条件を遵守し、知事の指定する診療業務に従事することを誓います。

記

貸与を受けようとする期間	令和8年4月1日から令和14年3月31日まで(計72ヶ月)	
在籍する大学	名 称	
	所 在 地	
	入学した年月日	令和8年4月1日
	卒業する予定の年月日	令和14年3月31日
学歴及び職歴 (高等学校卒業から 記載すること)	年 月	高等学校卒
	年 月	
	年 月	
その他の奨学金等で現に 貸与を受けているもの (受ける予定のものを含む)		
連帯保証人 住所 氏名 電話番号	申請者との関係	
連帯保証人 住所 氏名 電話番号	申請者との関係	

記載された個人情報は、大阪府地域医療確保修学資金等貸与事業の目的に使用します。

申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者が貸与を受ける修学資金等の債務を連帯して負担します。

年 月 日

大阪府知事 様

フリガナ

連帯保証人氏名

フリガナ

連帯保証人氏名

(注) 連帯保証人のうちに法定代理人があり、当該法定代理人が法人である場合にあつては、氏名の欄に名称及び代表者の氏名を記入してください。