

様式1

令和 年 月 日

## 医学生奨学金貸与申込書

公益社団法人地域医療振興協会  
理事長 吉新 通康 殿

所属大学 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は公益社団法人地域医療振興協会医学生奨学金貸与規程に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

なお、貸与を受けることとなったときは、臨床研修を修了した後、理事長が指定する医療機関等において医師としての業務に従事する意思があります。

また、奨学金の返還の債務が生じたときは、同規程により、期限内に確実に返済します。

### 記

1. 希望貸与期間 令和 年 月 日 から令和 年 月 日 まで

2. 希望奨学金額 総額 \_\_\_\_\_ 円 (月額 200,000円)

以上

注：合格通知または在学証明書及び成績証明書を添付すること。