

## 医師奨学金貸与申請書

鳥取市立病院  
鳥取市病院事業管理者 様

鳥取市立病院医師奨学金貸与条例第2条の規定に基づき医師奨学金の貸与を受けた  
いので、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程第4条の規定により、連  
帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者（本人）住 所 〒

氏 名 ①

生年月日 年 月 日

電話番号 （ ） ー

大 学 名	
学部・学科名	
学 年	
貸与希望期間	平成 年 月分から平成 年 月分まで

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは保証人となり連帯して  
債務を負担します。

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

- 注 1 申請者（本人）欄は、本人が自署・押印し、履歴書（様式第2号）、住民票の写し、大学  
の学部及び学年が記載された在学証明書、誓約書（様式第3号）を添えてください。
- 2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署・押印し、連帯保証人の収入を証明する所得証明書と  
押印した印鑑の印鑑登録証明書（市町村長の証明書）を添えてください。