別記様式第１号（第２条関係）

医師修学資金貸付申請書

※決定番号　　号

年　　月　　日

北見市長　辻　　直　孝　様

申請者　氏名　　㊞

北見市医師修学資金貸付条例第４条第１項の規定に基づき大学生修学資金（研修資金）の貸付けを受けたいので、次のとおり北見市医師修学資金貸付条例施行規則第２条の規定により関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな 氏名		大学名又は病院名	
	生年月日	年　月　日生（男・女） （満　歳）		
	医籍登録番号及び登録年月日	（　号） 年　月　日登録	貸付希望額及び期間	月額　円 年　月　日から 年　月　日まで
	本籍			
	現住所及び電話番号 メールアドレス	〒 （　）　－ E.mail ：		
	帰省先住所及び電話番号	〒 （　）　－		

連帯保証人	ふりがな 氏名		
	生年月日	年　月　日生	年　月　日生
	申請者との関係		
	本籍		
	現住所及び電話番号	〒 （　）　－	〒 （　）　－
	職業		

上記の申請者に係る北見市医師修学資金貸付条例の規定により貸し付けられた修学資金等について一切の債務を連帯して保証します。

北見市長　辻　　直　孝　様

年　　月　　日

連帯保証人　氏名　　㊞

連帯保証人　氏名　　㊞

注１　※欄は記入しないこと。

２　申請者が未成年者である場合は、連帯保証人のうち１人は法定代理人とする。