（様式第１号）（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 長野県臨床研修医研修資金貸与申請書  年　月　日  長野県知事　　　　　　　　殿  本　　　人氏名　　　　　　　 　 　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人氏名　　　　　　　　　　　　　㊞      長野県臨床研修医研修資金貸与規程（平成21年長野県告示第155号）の規定に基づく研修資金の貸与を受けたいので、同規程第６条の規定により、下記のとおり申請します。  記 | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 | | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | | | （電話番号　　　　　　　　　） | | | 出身大学 | | 大学　　　学科  年　　月卒業 | |
| 臨床研修 | プログラムの名称 | |  | | | | | | |
| 中心とす  る診療科 | | 産婦人科　　小児科　　外科  　　　　　（いずれかに○） | | | 研修期間 | | 年　　　月から  年　　　月まで | |
| 申請理由（臨床研修修了後の就業等についての意見を含む。） | | | | | | | | | |
| 連帯保証人 | | 氏　名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | |
| 住　所 | （電話番号　　　　　　　　　） | | | | 本人との続柄 | |  |
| 職　業 |  | 年　収 | | |  | | |
| 備　考 | | | | | | | | | |