

様式第1-2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 :
氏名 : 印
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

Table with 2 columns: Description and Date/Details. Rows include: Loan period, Current hospital, Academic history, Other scholarships, Post-loan duties, Joint guarantor 1, and Joint guarantor 2.

記載された個人情報、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。
提供された個人情報のうち、氏名及び希望する診療科の情報については、返還債務の免除対象の勤務先となる医療機関に対し、提供することがあります。
上記について同意します。 平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

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

連帯保証人氏名 印
連帯保証人氏名 印