

別記

第1号様式 (第5条関係)

特別貸与奨学金貸与申込書

年 月 日

東京都知事 殿

申請者氏名

特別貸与奨学金の貸与を受けたいので、東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申し込みます。

【申請に係る条件確認】 ※ 同意する場合は、してください。

- 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。
- 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。

申請者本人	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	高等学校等	卒業 卒業見込み (所在都道府県 都・道・府・県)
	住所	郵便番号 ()
	電話番号	
法定代理人 (申請者が未成年の場合に記入)	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	申請者との関係	
	住所	郵便番号 ()
	電話番号	

関係書類

- 1 住民票の写し
- 2 卒業証明書 (卒業見込証明書を含む。) (都内に住所を有していない場合)
- 3 誓約書

(日本産業規格A列4番)

<記入例>

別記

第1号様式 (第5条関係)

特別貸与奨学金貸与申込書

令和●●年●●月●●日

東京都知事 殿

申請者氏名 **杏林 太郎**

特別貸与奨学金の貸与を受けたいので、東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申し込みます。

【申請に係る条件確認】 ※ 同意する場合は、してください。

- 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。
- 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。

申請者本人	氏名(ふりがな)	杏林 太郎 (きょうりん たろう)
	生年月日	平成●●年●●月●●日 日生 (満●●歳)
	高等学校等	東京都立●●高等学校 卒業 卒業見込み (所在都道府県 東京 (都) 道・府・県)
	住所	郵便番号 (181-8612) 東京都三鷹市下連雀5-4-1
	電話番号	0422-●●-●●●●
法定代理人 (申請者が未成年の場合に記入)	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	申請者との関係	
	住所	郵便番号 ()
	電話番号	

関係書類

- 住民票の写し
- 卒業証明書 (卒業見込証明書を含む。) (都内に住所を有していない場合)
- 誓約書

記入日 (出願期間内の日付) を書き入れて下さい。
年月日は和暦で記入してください。

同意する場合は、してください。

戸籍のとおりに入力してください。

高校名は、略称ではなく正式名称を記入してください。
卒業・卒業見込のいずれかを○で囲んでください。

住民票記載のとおりに入力してください

日中、連絡可能な番号を記入してください。

申請者本人の年度末年齢が18歳以上の場合、「法定代理人」欄は記入不要です。

(日本産業規格A列4番)